

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Anne-Marie ZRIED

Née le 18 septembre 1942 à MERIGNAC (33)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

RISQUE RHUMATOLOGIQUE

ET RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

A propos de 61 observations d'incidents ou accidents

imputés à la pratique rhumatologique

Président : M. G. BOUDIN, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Anne-Marie ZRIED

Née le 18 septembre 1942 à MERIGNAC (33)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

RISQUE RHUMATOLOGIQUE

ET RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

A propos de 61 observations d'incidents ou accidents

imputés à la pratique rhumatologique

Président : M. G. BOUDIN, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A Monsieur le Professeur Georges BOUDIN

Officier de la Légion d'Honneur.

Professeur de Clinique Neurologique

à la Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière,

Médecin de la Salpêtrière.

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il, veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur Jacques POULETTY
Rhumatologue de l'Hôpital Saint-Camille

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé tout au long de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici nos remer-
ciements et l'expression de notre profond
respect.

A nos Maîtres de l'Hôpital SAINT-CAMILLE,

Monsieur le Docteur René ROISIN
Médecin-Chef

Monsieur le Docteur Georges BERTHET
Chef de Service

Monsieur le Docteur Jacques DUPAGNE
Chef de Service Adjoint

Monsieur le Docteur François DUBOURG
Chef de Service Adjoint

Qui nous ont prodigué un enseignement
aussi riche qu'humain.

Avec nos plus vifs remerciements et
notre profonde reconnaissance.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur Louis JUSTIN-BESANCON

Monsieur le Professeur Robert MERLE-D'AUBIGNE

Monsieur le Professeur Henri BRICAIRE

Monsieur le Professeur Pierre MOLLARET

Monsieur le Professeur Jean SOULIE (in memoriam)

Monsieur le Professeur Gabriel LAURENCE

Monsieur le Professeur Raymond GARCIN

Monsieur le Professeur Maurice BARIETY

Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

Monsieur le Professeur Roger COUVELAIRE

Monsieur le Professeur René KUSS.

A Monsieur le Docteur Raymond JODIN,

Président de la Société d'Assurance et de Défense
Professionnelle "Le Sou Médical"

et à ses Collaborateurs :

Monsieur Georges CAZAC
Directeur

Monsieur André COMBAULT
Chef du Contentieux

~~Monsieur~~ le Docteur Paul BOUVET
Médecin Conseil

qui ont bien voulu mettre les archives
de cette Société à notre disposition,
nous permettre l'étude de 61 dossiers,
nous prodiguer leurs encouragements,
nous éclairer de leurs conseils
et nous faire profiter de leur expérience.

Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre gratitude.

A ma Mère,

en témoignage de mon affection
et de mon admiration.

A ma Soeur,

A ma Nièce,

A ma Famille,

A mes Amis.

INTRODUCTION

Le rhumatologue, comme tout médecin, engage sa responsabilité chaque fois qu'il prend en charge un malade.

Dès lors, il est bien évidemment responsable de chacun de ses actes, diagnostiques ou thérapeutiques.

- Sur un plan général : sa responsabilité est celle de tous ses confrères au cours de l'exercice de leur profession.
- Dans le cadre de sa spécialité : sa responsabilité peut être précisément engagée à l'occasion de l'application de techniques particulières.

C'est en partie sur ce dernier point que portera notre étude, fondée sur 61 observations concrètes de cas où la responsabilité médicale a pu être, à tort ou à raison, recherchée après un acte rhumatologique mettant en cause des praticiens adhérents à la Société Médicale d'Assurance et de Défense Professionnelle : "Le Sou Médical".

LE CHAMP DE LA PRATIQUE RHUMATOLOGIQUE

Le champ de la rhumatologie s'étend sur la pathologie osseuse et la pathologie articulaire qui connaissent des étiologies :

- inflammatoires
- infectieuses
- dégénératives
- métaboliques
- nerveuses
- tumorales
- hématopoiétiques...

C'est dire son ampleur, et également la multitude des éventualités des explorations diagnostiques et des techniques thérapeutiques.

LES EXPLORATIONS DIAGNOSTIQUES

Explorations générales

Le rhumatologue, médecin spécialiste certes, mais médecin d'abord, doit avoir recours à tous les examens nécessaires à l'établissement de son diagnostic et à l'indication de ses thérapeutiques.

La présence et surtout l'absence d'examens complémentaires courants (biologiques, radiologiques), de données de l'examen clinique dans le dossier du malade sont des éléments propres à dégager ou engager sa responsabilité professionnelle en cas de réclamation ultérieure de la part du malade ou de ses représentants.

Explorations diagnostiques locales

- Les techniques de diagnostic rhumatologique comportent, aux confins de la chirurgie, les ponctions biopsies d'un os, d'un disque intervertébral ou d'une synoviale articulaire, voire une arthroscopie. Ce sont des actes exceptionnels généralement confiés à des spécialistes très entraînés à ces méthodes. Selon que, dans l'avenir, leurs indications se multiplieront ou non, ces actes passeront dans la pratique rhumatologique courante. Ce n'est pas encore le cas.

- De manière habituelle, actuellement, ce sont moins les discographies les sacroradiculographies que les arthrographies et surtout les ponctions articulaires qui constituent les éléments les plus "agressifs" du diagnostic rhumatologique courant.

LES TECHNIQUES THERAPEUTIQUES

Les thérapeutiques générales sont souvent d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus efficaces :

- les antibiotiques
- les anti-inflammatoires
- les immuno-dépresseurs
- les anti-paludéens de synthèse
- les sels d'or...

pour ne citer que les principaux agents médicamenteux, connaissent les inconvénients que l'on sait. Il n'est pas jusqu'à l'usage quotidien de l'iode, de la xylocaïne ou de la vitamine B₁, voire de l'aspirine par exemple qui ne comporte un risque de choc allergique non négligeable.

Les thérapeutiques locales font appel :

- aux infiltrations médicamenteuses :
 - intra-articulaires
 - péri-articulaires
 - péri-nerveuses
 - épidurales
 - intradiscales
- à la mobilisation articulaire forcée
- aux manipulations ou tractions vertébrales
- à l'immobilisation, plâtrée ou non
- à la kinésithérapie.

Cette énumération montre bien les multiples niveaux où la responsabilité peut être mise en cause à l'occasion de la pratique rhumatologique.

LE CADRE DE NOTRE ETUDE

Aux confins de la rhumatologie

=====

(les prescriptions générales)

=====

Nous écarterons de notre étude, sans toutefois en méconnaître les risques, les prescriptions générales communes à de nombreuses disciplines, utiles mais dangereuses en rhumatologie.

- Chacun sait quelles sont les contre-indications des corticoïdes, et il est évident que le rhumatologue ne devra pas méconnaître un ulcère gastrique, un diabète, une tuberculose, une insuffisance rénale, une hypertension ou des troubles psychiques dans les antécédents de son malade, et qu'une surveillance stricte, des prescriptions diététiques et médicamenteuses de complément s'imposent dès qu'une corticothérapie générale nécessaire est instituée.

- La phénylbutazone doit suivre les mêmes règles et respecter les contre-indications digestives, hématologiques et rénales.

- L'indométhacine peut entraîner des céphalées transitoires et des vertiges, et n'est pas sans risque pour le tube digestif.

- La prescription des sels d'or impose une recherche préalable d'une albuminurie et une surveillance rénale et hématologique. Elle est formellement contre-indiquée chez les sujets porteurs de tare hépatique, d'antécédents rénaux, cutanés ou allergiques (l'apparition de signes d'intolérance, là plus qu'ailleurs, imposant l'arrêt immédiat du traitement).

- Un traitement par les antipaludéens de synthèse ne doit pas être institué sans examen préalable pendant, et même plusieurs années après l'arrêt thérapeutique, à la recherche d'une éventuelle rétinopathie secondaire.

- Les immunodépresseurs qui certes peuvent être utilisés dans les affections rhumatologiques malignes, voient leur indication élargie au traitement de certaines polyarthrites rhumatoïdes sévères résistant aux traitements antérieurs. La meilleure connaissance des désordres immunologiques associés à la maladie rhumatoïde rend logique cette utilisation dont le bien-fondé est confirmé par les résultats. Mais déprimer le pouvoir de multiplication de cellules lymphoplasmocytaires, support de l'immunité, n'est pas un geste anodin. L'emploi des immunodépresseurs, qu'ils soient du groupe des antimétabolites ou de celui des alkylants à des doses capables d'amener les leucocytes à un taux inférieur à 4 000 par millimètre cube et les plaquettes aux environs de 100 000 par millimètre cube, représente un risque calculé qui ne peut être couru sans prendre d'importantes précautions, dont un hémogramme bi-hebdomadaire ou hebdomadaire est l'élément essentiel. On nous permettra de rappeler ici qu'à côté d'incidents mineurs (zona, troubles digestifs, accidents cutanés) la granulopénie ouvre la porte à des accidents infectieux, facilement septicémiques, à des hépatites aiguës, à un zona généralisé avec complications pulmonaires ou neurologiques irréversibles.

En bref, à l'aire des médicaments "des rhumatismes" objectivement inefficaces mais sans danger que les médecins peuvent raisonnablement utiliser comme de bons placebos, se substitue celle des médicaments efficaces mais dangereux qu'il ne faut utiliser qu'avec la plus rigoureuse des intentions thérapeutiques somatiques.

Au coeur de la pratique rhumatologique

=====

(les gestes techniques)

Nous retiendrons essentiellement certains gestes spécifiques :

- gestes diagnostiques :

. moins la biopsie osseuse, aux confins de la chirurgie, la biopsie synoviale ou la ponction discale,

. que la ponction articulaire, l'arthrographie ou la sacoradiculographie.

- gestes thérapeutiques :

. moins la rééducation confiée aux mains d'un kinésithérapeute qui met en cause :

- a) la compétence de l'auxiliaire médical et sa responsabilité propre lorsqu'il exerce à titre libéral;
- b) l'indication thérapeutique et la formulation de la prescription qui engage la responsabilité du médecin;
- c) la responsabilité entière du médecin dès lors que le kinésithérapeute est son salarié, c'est-à-dire son préposé.

. que l'action personnelle du médecin par la pratique de :

- manipulations vertébrales ou traitements physiques;
- infiltrations médicamenteuses, ce dernier geste comportant à peu près les mêmes risques que la ponction articulaire.

MATERIEL D'ETUDES

Notre étude portera sur 61 incidents ou accidents déclarés pendant une période de 20 ans au "Sou Médical", Société Médicale d'Assurance et de Défense Professionnelles, tels qu'ils apparaissent dans les dossiers dont cette société a bien voulu nous permettre l'étude, sous la direction du Docteur J. POULETTY, Rhumatologue de l'Hôpital Saint-Camille, grâce aux conseils éclairés du Docteur R. JODIN, Président, de Monsieur G. CAZAC, Directeur, de Monsieur A. GOMBAULT, Chef du Contentieux, de Madame le Docteur P. BOUVET, Médecin-Conseil du Sou Médical.

Nous étudierons successivement les accidents survenus à l'occasion de :

- 34 infiltrations médicamenteuses
- 9 arthrographies
- 3 sacoradiculographies
- 15 cas de thérapeutique physique.

L'étude de chacun des dossiers nous a permis de dégager :

- les faits ayant donné lieu à déclaration de la part du médecin;
- les suites immédiates et lointaines;
- les conditions :

- . d'une transaction éventuelle
- . ou d'une action judiciaire avec la sanction qu'elle comporte.

O B S E R V A T I O N S

INJECTIONS
INTRA-ARTICULAIRES

OBSERVATION N° 1

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1954 - Date de la réclamation : 1954.

Les faits :

- Mr C..., 60 ans.
- présente une péri-arthrite scapulo-humérale
- Aucune radiographie.
- Injection d'hydrocortisone faite par Docteur X. omnipraticien
- Constitution d'un phlegmon scapulaire
- Incision
- Pas d'examen du liquide évacué.
- Suites : limitation des mouvements

Affaire sans suite (pas de plainte).

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien
- Indication de l'acte : Bonne mais...
- Bilan préalable : non fait
- Technique : précautions rigoureuses d'asepsie et de stérilisation prises.
- Surveillance : rien à dire.

Discussion

Le Docteur X n'a commis aucune faute professionnelle.

- L'indication se justifiait

- Les conditions de stérilisation ont été respectées.

Et en 1954 les experts (voir dossier n° 4) admettaient que la corticothérapie locale n'imposait pas un bilan biologique préalable, et regrettaient surtout l'absence de radiographies.

Observation n° 2

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1955 - Date de la réclamation : 1955.

Les faits :

Mme D...

- présente une arthrite de l'articulation métacarpophalangienne du 4^e doigt de la main droite, sans caractère inflammatoire ni infectieux.
- Son médecin, le Docteur X, omnipraticien, la traite par des infiltrations d'hydrocortisone.
- Après une injection : phlegmon de la gaine des fléchisseurs du 4^e doigt.
- Hospitalisation.

- Suites : impotence du 4^e doigt, susceptible de récupération
- Affaire sans suite.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien.
- Indication de l'acte : Bonne, mais...
- Bilan préalable : non donné
- Technique : asepsie respectée

Infiltration de 2 cc. sur la face dorsale de l'articulation de la solution d'hydrocortisone Roussel 125 mg + 2^e infiltration de 2 cc sur la face palmaire.

- Surveillance :

Discussion :

Il ne paraît pas y avoir de faute technique et à la date des faits l'absence de bilan radio-clinique préalable ne paraissait pas constituer une faute dans l'indication (voire observation n° 4).

Le patient n'a pas donné suite.

Observation n° 3

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1955 - Date de la réclamation : 1956

Les faits :

- Mr B..., 50 ans.
- Antécédents d'hypertension et d'arthrite rhumatismale surtout au niveau des genoux.
- En 1955 : consulte Dr X. omnipraticien, pour gêne douloureuse avec localisation élective au niveau de l'interligne articulaire du genou droit. Traitement par des sédatifs usuels.
- Quelques semaines après : recrudescence des douleurs. Dr X. fait alors injection d'hydrocortisone.
- Les jours suivants : gros genou douloureux inflammatoire, traitement par antibiotiques, repos, compresses.
- Aggravation
- Hospitalisation pour intervention : arthrotomie
- Immobilisation de l'articulation
- Puis mobilisation et massages.
- L'affaire passe devant le Tribunal Civil.
- Puis transaction : indemnité de 2 500 000 F.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien.
- Indication de l'acte : Bonne, mais...

- Bilan préalable : non mentionné
- Technique : injection avec 2 cc du produit restant dans un flacon multi-dose de 5 cc. entamé la veille et traité selon les règles d'asepsie recommandées par le Laboratoire Roussel.
Fait restériliser la seringue devant servir à l'injection.
- Surveillance : suivie.

Discussion :

L'indication se justifiait, mais l'absence de documents paracliniques préalables et surtout les conditions d'aseptie (le médecin se serait servi de ce reste de flacon, car le malade n'était pas assuré social) ont conduit à la transaction avant le jugement.

Observation n° 4

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1955 - Date de réclamation : 1955

Les faits :

- Mme B., 70 ans.
- Février 1955 : consulte Docteur X., omnipraticien, pour épaule douloureuse. Conseille de faire pratiquer des radios de l'épaule et du tube digestif : refus de la malade.
- Mars 1955 : 2^e consultation : injection d' $\frac{1}{2}$ cm³ d'hydrocortisone par Docteur X.
Difficulté pour pénétrer dans l'articulation d'où injection dans les parties molles péri-articulaires.
- Abscès extra-articulaire
- Incision de l'abcès
- Soins prolongés
- Quasi ankylose de l'épaule
- Réintervention le 24 Janvier 1957.

Tribunal Civil

Expertise : Jugement déboutant Mme B. et la condamnant aux dépens.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omni-praticien.
- Indication de l'acte : Bonne devant une périarthrite scapulo-humérale.
- Bilan préalable : non fait par refus de la malade.
Examen clinique général fait.
Pas d'examen biologique.
- Technique : seringue stérile "Roussel".
- Surveillance ; la malade n'est pas retournée voir le Dr X.

Discussion :

Devant une épaule douloureuse, le diagnostic posé de péri-arthrite scapulo-humérale, selon les experts :

- 1°) Les injections locales d'hydrocortisone entrées dans la pratique depuis environ 3 ans trouvent là une de leur meilleure indication.
- 2°) Ceci d'autant plus que les traitements antérieurs étaient restés inefficaces.
- 3°) Que le médecin avait une bonne pratique de ce traitement.
- 4°) Qu'un examen général clinique "était suffisant pour apprécier la périarthrite et juger de l'état général.

Les injections locales d'hydrocortisone étant dans la règle parfaitement tolérées, il n'y avait pas lieu de recourir au préalable à des analyses particulières.

La radiographie de l'épaule également n'a pu être faite par refus de la malade.

On ne saurait dire que le Docteur X. n'a pas agi comme un médecin consciencieux, peut-être pourtant aurait-il dû prévenir la malade des possibilités de réactions locales et ordonner, à titre préventif, des antibiotiques.

Dans l'évolution de l'affection consécutive à la piqûre le retard des soins par suite du changement de médecin n'a pu qu'aggraver la situation.

Dans ces conditions, la responsabilité de l'état actuel incombe autant à la malade qu'au traitement".

Observation n° 5

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1959 - Date de la réclamation : 1959.

Les faits :

- Mr T..., 65 ans, mutilé de guerre
- Arthrite de l'épaule,
- pour laquelle il est traité localement par l'hydrocortisone.
- Après injection d'hydrocortisone : arthrite suppurée de l'épaule.
- Port d'un plâtre thoracobraclial
- Suites : ankylose de l'épaule.
- Pas de réclamation.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : Omnipraticien.
- Indication de l'acte : justifiée, mais
- Bilan préalable : non mentionné
- Technique : Injection faite sous contrôle radioscopique de la mise en place de l'aiguille
Condition de stérilisation : par ébullition pendant 10 minutes.
- Surveillance :

Discussion :

Une réclamation aurait débouché sur une transaction car la stérilisation par ébullition était reconnue insuffisante par tous les auteurs à l'époque des faits, les manipulations de l'aiguille sous écran comportent un risque septique et le dossier médical est très insuffisant.

Observation n° 6

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1959 - Date de la réclamation : 1959.

Les faits :

- Mr P..., 60 ans.
- Antécédent de rhumatismes pour lequel il est pensionné,
déjà traité par infiltrations.

- Consulte le Dr X. généraliste pour "reprise de travail"
Celui-ci propose, pour améliorer l'état, une injection d'hydrocortisone dans l'épaule gauche, le malade accepte.
- 4 heures plus tard : douleurs.
- Le lendemain : bras "noir", "impotent", douloureux.
Retourne voir son médecin le Dr X. pour lui faire constater.
- 4^e jour : Mr. P. va voir un autre médecin qui le ponctionne : liquide purulent : 98% polynucléaires. Pas de germe, cultures négatives.
- 10^e jour : gonflement du bras.
- Hospitalisation : nouvelle ponction.
- Plâtre du cou à la main conservé 1 mois.
- Puis séances de rééducation.
- Le malade déclare n'avoir jamais pu reprendre son travail.

Procédure : demandeur débouté de son action.

Refus d'expertise.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte : logique, mais...
- Bilan préalable : non fait
- Technique : asepsie respectée
- Surveillance : bonne.

Discussion : Mr. P. avait déjà été traité par des injections d'hydrocortisone qui avaient été bien supportées.

Une dernière injection a provoqué une infection. L'indication de l'hydrocortisone était bonne. Ces injections sont faites couramment en rhumatologie dans et autour des articulations. Il peut se produire plusieurs éventualités en cas d'accident.

- 1°) l'injection est franchement et massivement infectante. Elle peut être liée à une faute d'asepsie ce qui n'est pas le cas.
- 2°) Le plus souvent ces réactions sont des réactions inflammatoires à liquide puriforme aseptique.

Ces faits entrent dans l'impondérable qu'il est impossible d'éviter.

CONCLUSION :

Aucun fait précis ne permet d'attribuer de façon certaine l'évolution aux conditions dans lesquelles a été faite l'injection.

Observation n° 7

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1959 - Date de réclamation : 1959.

Les faits :

- Mme B..., 66 ans.
- Présente péri-arthrite scapulo-humérale droite.
Février 1959 - Injection intra-articulaire d'hydrocortisone au niveau de l'épaule droite, par Docteur X. Omnipraticien.
- Quelques jours plus tard : arthrite suppurée.
radio : abcès de l'articulation de l'épaule droite.
- Immobilisation plâtrée sans amélioration.
- Incision de l'abcès
- 3 mois après : douleurs importantes
limitation des mouvements
décalcification au niveau de la tête humérale
petits bourrelets ostéophytiques au niveau de la glène scapulaire.
- Constitution d'une ankylose articulaire.
- Règlement amiable de 850 000 F.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte : inappréciable car...
- Bilan préalable : non mentionné
- Technique : non mentionnée
- Surveillance

Discussion :

- L'emploi de corticoïde était-il justifié ?

- A-t-il été employé avec toutes les précautions nécessaires ?
 - Il est regrettable que nous n'ayons aucune précision sur l'état antérieur de la malade et sur les précautions d'emploi de l'hydrocortisone.
- Le médecin ne peut assurer sa défense.

CONCLUSION :

L'abcès semble secondaire à l'injection de corticoïde et la responsabilité médicale paraît vraisemblable.

Observation n° 8

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1960 Date de la réclamation : 1961.

Les faits :

- Mr L..., 51 ans.
 - Consulte Docteur X... généraliste pour douleurs rhumatismales des membres inférieurs plus accentuées du côté gauche.
 - Diagnostic de polyarthrite chronique évolutive envisagé
 - Pas de radio, ni de bilan biologique
 - Traitement par infiltrations intra-articulaires et électricité médicale: amélioration.
 - 6 mois après en Octobre 1959 : Rechute au niveau du genou et du coup de pied gauche.
Même traitement - Amélioration.
 - 3è rechute 1 mois plus tard.
 - 2 mois après : nouvelle rechute aux mêmes articulations.
5 séances d'infiltrations.
 - 1 mois après la dernière rechute : le malade est amputé.
- Transaction : indemnité de 43 000 F.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien.
- Indication de l'acte : discutable.
- Bilan préalable : non fait

- Technique : non précisé
- Surveillance :

Discussion :

L'amputation est-elle due au traitement institué ?

Nous n'avons aucun renseignement sur les éléments qui ont fait porter le diagnostic de polyarthrite chronique évolutive.

Les rechutes devenant de plus en plus fréquentes, le même traitement a été repris, il y avait peut-être lieu de le changer.

Y a-t-il eu un retard apporté dans le traitement. Nous ne connaissons pas les raisons exactes qui ont nécessité l'amputation.

Nous n'avons pas eu de compte-rendu de l'intervention.

La somme de ces éléments rend très difficile la défense du Docteur X. et une transaction raisonnable est la conclusion logique de cette affaire.

Observation n° 9

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1961 Date de la réclamation : 1961

Les faits :

- Mme L...
- Injection para-articulaire d'hydrocortisone pour une "périarthrite du genou" par Docteur X. Omnipraticien.
- Quelques jours plus tard : arthrite suppurée du genou.
- Hospitalisation
- Aucun renseignement sur les suites immédiates.
- Pas de réclamation de la malade.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien.
 - Indication de l'acte : justifié
 - Bilan préalable
 - Technique
 - Surveillance :
- } aucun renseignement

Discussion

L'arthrite peut bien sûr, être due à l'injection de corticoïde.

Nous avons peu de renseignement sur l'examen de la malade, et les conditions dans lesquelles l'infiltration a été faite. D'où difficulté pour défendre le Docteur X. en cas de réclamation.

Observation n° 10

Acte en cause : INJECTION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1962

Date de la réclamation : 1962

Les faits :

- Mme T.
- Injections intra-articulaires d'hydrocortancyl dans le genou gauche par Docteur X. omnipraticien.
- Diagnostic non connu
- Après la dernière injection le 14 Décembre 1962 : arthrite purulente
- Hospitalisation
- Ponction : arthrite purulente à staphylocoque doré
- Pas de réclamation.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
 - Indication de l'acte :
 - Bilan préalable :
 - Technique :
 - Surveillance :
- } non connus

Discussion

La malade n'a pas porté plainte contre le Docteur X. mais celui-ci aurait eu beaucoup de mal à se défendre car il n'y a aucun renseignement sur :

- l'état antérieur du genou
- le diagnostic
- l'examen clinique

- Le bilan préalable
- Les conditions techniques de l'infiltration.

Observation n° 11

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1962

Date de la réclamation : 1962

Les faits :

- Mme B., 59 ans.
- Mai 1962 : douleur rhumatismale de l'épaule droite, consulte Dr X.
omnipraticien : traitement par injections locales d'hydrocortisone.
- 4 injections pratiquées amènent soulagement
- Point douloureux persistant sur la face externe et au 1/3 supérieur du bras. Docteur X fait une injection de Soludecadron à ce point.
- 1 heure après : vive douleur
état fébrile
phénomènes inflammatoires
- Constitution d'un abcès deltoïdien
Incision - évacuation et drainage
- Suites : douleurs et troubles trophiques
- Transaction sans action judiciaire.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omnipraticien
- Indication de l'acte : justifiée
- Bilan préalable : radio de l'épaule faite : structure osseuse normale
- Technique : seringues stérilisées par ébullition
- Surveillance

Discussion

Mme B. a présenté à la suite d'une infiltration péri-articulaire de Soludecadron un abcès du bras suivi de troubles vago-sympathiques.

- L'indication se justifiait
- La seule faute qui a pu être commise est un défaut d'asepsie rigoureuse surtout quand il s'agit d'un produit qui favorise les infections.

D'où transaction : indemnité de 8 832 f.

Acte en cause : INJECTION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1962

Date de la réclamation : 1963

Les faits :

Mme P.

- Traitée par Dr X. pour affections diverses, le consulte en 1962 pour une périarthrite bilatérale des épaules.
Après examen clinique et radio, le docteur X. infiltre aseptiquement les 2 épaules, par corticoïde.
- Guérison au niveau de l'épaule droite.
- Persistance des douleurs au niveau de la gauche
Docteur X fait alors 3 infiltrations de corticoïde à ce niveau.
- Malade part en vacances
- Au retour : elle porte plainte pour erreur diagnostic présentant une luxation de l'épaule et non une périarthrite scapulo humérale.
- A cette date il y a effectivement subluxation secondaire à l'arthropathie infectieuse on a une autre cause.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte : justifiée
- Bilan préalable : fait radiologique
et biologique
- Technique : matériel correctement stérilisé
- Surveillance : impossible : la malade part en vacances.

Discussion

- La subluxation est secondaire à un processus infectieux ou à une chute par exemple.
- Des radios antérieures et postérieures à la période de vacances, prouvent qu'il n'y avait pas de luxation avant le départ en vacances, c'est-à-dire au moment du traitement incriminé.
- L'état de la malade était mauvais : porteuse d'un ulcère gastrique et d'une colite, les corticoïdes ne pouvaient être donnés per os.

- Condition de stérilisation satisfaisante.

- Donc pas de faute professionnelle.

D'où renoncement de l'adversaire devant l'opposition d'un dossier médical complet et bien tenu.

Observation n° 13

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1963

Les faits :

- Mr M. 62 ans, ravaleur.

- Antécédents de douleurs rhumatismales diffuses traitées par acupuncture.

- En Juillet 1963 : scapulalgies bilatérales

Consulte Dr X. qui décide de faire 2 infiltrations d'hydrocortancyl, une dans chaque épaule.

- Le lendemain : température à 38°

vives douleurs au niveau de l'épaule gauche
phénomènes inflammatoires.

- Puis consulte plusieurs médecins : traitement par Pénicilline-Streptomycine et hydrocortancyl buccal mal supporté : phénomènes digestifs d'intolérance.

- Revient voir Docteur X. rhumatologue.

radio : pas d'image pathologique.

Mr M. présente une péri-arthrite scapulo-humérale gauche.

Traitement proposé : séances de rééducation fonctionnelle

Mr M. se déclare dans l'impossibilité de reprendre son travail de ravaleur.

Il existe un blocage de l'épaule et une gêne fonctionnelle importante, mais il ne donne pas suite à sa réclamation.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue

- Indication de l'acte : justifiée

- Bilan préalable : biologique

et radiologique.

- Technique : stérilisation à 170-180° en boîtes fermées individuelles
même aiguille utilisée pour les 2 épaules.

- Surveillance : bonne.

Discussion

Il ne semble pas y avoir eu faute technique, l'indication était bonne.

S'agit-il d'une intolérance à ce produit ?

Quoiqu'il en soit il est impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre la réaction articulaire et l'infiltration médicamenteuse.

Une action de la part du malade permettait une bonne défense.

Observation n° 14

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1966

Date de la réclamation : 1966

Les faits :

- Mme M. 59 ans.
- arthrose au niveau du 1er orteil du pied gauche.
- Plusieurs infiltrations d'hydrocortancyl par Dr X. homéopathe acupuncteur.
- En avril 1966 : lors de la 5è infiltration :
constitution d'un abcès
Fistulisation.
- Intervention
- Il n'y a pas eu d'examen bactériologique du pus de l'abcès.

Suites : persistance de la suppuration et propagation de l'inflammation le long de la gaine du tendon jusqu'au tiers des métatarsiens.

Nouvelle intervention nécessaire.

Depuis la malade marche avec des cannes anglaises.

Transaction : indemnité de 12 500 F.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : homéopathe-acupuncteur
- Indication de l'acte : justifié en égard aux précédents gestes thérapeutiques, mais
- Bilan préalable : non mentionné
- Technique : non mentionnée
- Surveillance

Discussion :

- L'injection d'hydrocortancyl se justifiait, mais ne devait pas infecter l'articulation.
- Aucun renseignement sur les conditions techniques de l'acte ni sur le bilan préalable.
- Le Docteur X n'a aucune preuve pour sa défense.
- d'où l'obligation de transiger sans plaider.

Observation n° 15

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1966 -

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

Mr H. 50 ans.

- Depuis novembre 1966 : Périarthrite scapulo-humérale gauche.
traitée par plusieurs infiltrations de corticoïdes par voie externe sous acromiale.
- Infiltration locale d'hydrocortancyl du tendon bicipital faite par Dr X. rhumatologue.
- Après : tuméfaction inflammatoire de la partie antérieure de l'épaule.
- Hospitalisation
- Plusieurs ponctions sont nécessaires et montrent un liquide puriforme contenant des staphylocoques.
- Intervention de drainage
- Sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue
- Indication de l'acte : bonne
- Bilan préalable : non précisé
- Technique : non précisée
- Surveillance.

Discussion

Beaucoup de pièces manquent dans ce dossier.

Aucun renseignement sur l'état antérieur du malade., sur les conditions de l'infiltration.

De plus, lors de l'hospitalisation, la fiche de Mr H. aurait été perdue, donc aucun diagnostic certain; pas de compte-rendu opératoire.

Une réclamation n'aurait permis qu'une défense mal fondée et sans doute conduit à une transaction.

Observation n° 16

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

- Mr S.
- Présente une goutte périarticulaire prédominant sur le poignet gauche.
Radio : pincement radio-carpien marqué
pincement de la 2^e et 3^e métacarpo-phalangienne gauche
géodes disséminées dans les os du carpe.
Injection intra-articulaire de corticoïde au niveau du poignet
par Docteur X. rhumatologue.
- Arthrite aiguë
- suivie d'arthrotomie et de guérison.
- Le diagnostic histologique d'un fragment synovial du poignet montre
"un aspect de synovite tuberculeuse évolutive, caséeuse et folliculaire".
Affaire sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte : justifiée en égard au diagnostic initial.
- Bilan préalable : radio pratiquée.
- Technique : conditions de stérilisation respectées.
- Surveillance :

Discussion

L'injection de corticoïde au niveau du poignet est-elle responsable de l'arthrite aiguë suivie d'arthrotomie ?

L'indication de l'injection de corticoïde porte à discussion : dans l'hypothèse (retenue) de la goutte elle se justifiait mais il y a eu erreur de diagnostic qui ne constitue pas en soi une faute professionnelle.

En fait, il n'est absolument pas certain que l'intervention qu'a subie ce malade ait été la conséquence d'un traitement antérieur par injections locales. Il s'agissait d'une articulation malade antérieurement avec grosses lésions radiologiques.

Une action en justice aurait eu une conclusion incertaine mais une solide défense pouvait être plaidée.

Observation n° 17

Acte en cause : INJECTION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1969

Les faits :

- Mme M. 54 ans, standardiste.
 - Février 1967 : vives douleurs du genou droit, restreignant son périmètre de marche.
 - Docteur X. généraliste, consulté prescrit : repos, traitement médicamenteux non précisé et série d'injections intra-articulaires d'hydrocortisone.
 - Ni radio ni examens biologiques.
 - 1ère injection 6 Mars 1967
 - le lendemain : signes d'inflammation aiguë du genou droit
 - Aggravation - Hospitalisation
 - Intervention chirurgicale : arthrotomie avec drainage. Examen du pus : staphylocoque pathogène, sensible à de nombreux antibiotiques.
 - Immobilisation plâtrée de 28 jours.
 - Traitement antibiotiques.
 - Séances de rééducations tentées et reprises de la marche quasi-impossible les signes d'inflammation persistent.
- Radio : déminéralisation du genou
- lésions érosives et géodiques intercondyliennes et du condyle interne.

Pincement de l'interligne

Flou des contours articulaires.

- Nouvelle hospitalisation le 6 Juillet 1967
- 12 Juillet 1967 : nouvelle intervention : synovectomie et capsulectomie.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : non fait
- Technique ; non précisée par le médecin
- Surveillance : bonne.

Discussion

Arthrite du genou consécutive à l'injection de corticoïde

- Le staphylo pathogène trouvé dans l'articulation n'étant pas un hôte habituel dans l'organisme, a donc été amené de l'extérieur.

- L'injection aurait été faite, selon les dires de la malade, au domicile du médecin, la stérilisation de la seringue et des aiguilles ayant été effectuée à l'aide d'une ébullition prolongée dans l'eau.

Injection faite sans champ opératoire, le médecin n'était pas ganté.

Désinfection cutanée faite à l'alcool

L'arthrite pourrait donc être due à une faute d'asepsie et engager la responsabilité du Docteur X.

Observation n° 18

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1968.

Les faits :

- Mme P., 44 ans.
- Décembre 1967 : douleurs au niveau du bras droit survenues après un effort de soulèvement.
- Consulte Docteur X., rhumatologue, qui porte le diagnostic de douleur d'insertion du tendon du biceps sur la tubérosité bicipitale du radius droit et fait une infiltration de xylocaïne et de $\frac{1}{2}$ cm³ de corticoïde.

- Une semaine après, Mme P. présente des troubles neuro-sympathiques type Leriche avec hypersensibilité au froid.
- Incapacité temporaire totale
- Bonne récupération après traitement par vitamine B12 et rééducation motrice.

Sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :
- Technique : plusieurs tentatives avant de trouver le contact osseux lors de l'infiltration du tendon bicipital au niveau de ses insertions radiales.
- Surveillance :

Discussion :

Ces troubles peuvent s'expliquer par une compression par un hématome probablement du nerf radial.

C'est un incident imprévisible mais la défense eut été éventuellement plus aisée avec un dossier complet.

Observation n° 19

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOIDE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

- Mme C.
 - Au cours d'une cure thermale en 1967 souffre de la région trochantérienne.
 - Consulte le Docteur X. qui lui conseille une infiltration locale d'hydrocortisone pour tendinite d'insertion.
 - Les jours suivants : douleur locale au point d'injection
- température

Traitement du Docteur X : antibiotiques locaux et généraux.

- La malade quitte la station thermale.
- I mois plus tard, Docteur X reçoit une assignation.

Mme C. l'attaque en dommages et intérêts pour 5.000 F en raison des suites de l'injection qui avaient nécessité l'admission en clinique et l'incision d'un abcès.

Affaire en cours.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :)
- Technique :) les éléments du dossier manquent
- Surveillance :) actuellement

Discussion :

Observation n° 20

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1969

Les faits :

- Monsieur H. 66 ans officier en retraite.
- Antécédents de périarthrite de l'épaule droite depuis plus de 10 ans, traitée en 1954 par de la radiothérapie et en 1967 par des infiltrations locales.
- En Février 1968 : nouvelle poussée douloureuse traitée par injections locales de corticoïde par Docteur C. Omnipraticien. Rémission.
- Août 1968 : réapparition des troubles.
 - 9 Août 1968 : 1^è injection de Dilar : rémission.
 - 14 Août 1968 : 2^{ème} injection suivie de massages
 - 17 Août 1968 : Algies de l'épaule droite
 - tuméfaction
 - température à 38°3.

Massages alors arrêtés.

20 Août 1968 : cliché de l'épaule : intégrité de l'articulation
existence d'une péri-arthrite scapulo-humérale.

- Radiothérapie prescrite par Dr X. 12 séances.

Mouvements de l'épaule restent limités et douloureux.

- 23 Septembre : bilan biologique : hémogramme normal.

Vitesse de Sédimentation : 110 1^{ère} heure

115 2^{ème} heure

Prescription du Dr X : Betnesol. Rimifon, Hydrosarpan 711

- 10 Octobre : Vitesse de sédimentation à 44-74.

- 15 Octobre : Consultation rhumatologue qui demande de nouveaux clichés.

Radio : indiscutable pincement de l'interligne articulaire avec flou
des contours, érosions polaires inférieures et glénoïdiennes

Nouveaux clichés le 25 Octobre : diagnostic d'arthrite purulente de
l'épaule.

- Hospitalisation

- Intervention : arthrotomie le 29 Octobre

L'étude anatomopathologique révèle une arthrite subaiguë sans spécificité
et une ostéite.

Analyse du pus : présence de staphylo pathogènes
absence de BK.

- Immobilisation plâtrée de 45 j.

- Puis nombreuses séances de rééducation

- Séquelles actuelles : ankylose de l'épaule totale

limitation des mouvements du coude

du poignet, de la main.

Procédure engagée en cours.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien

- Indication de l'acte : bonne.

- Bilan préalable : pratiqué et suivi tout au long de l'évolution

- Technique : conditions non précisées.

- Surveillance : bonne.

Discussion

Selon l'expert :

Une arthrite purulente s'est constituée après injection d'hydrocortisone.

Y a-t-il eu une précaution d'asepsie suffisante ?

Le staphylocoque n'est pas un hôte habituel de l'organisme, lorsqu'il est trouvé dans une articulation c'est qu'il y a été amené soit de l'extérieur, ou de l'intérieur au cours d'une septicémie.

Cependant ; des arthrites purulentes après injections de corticoïdes peuvent survenir bien que toutes les précautions aient été prises.

Il est à noter que le médecin prescrivit des examens biologiques réguliers, et que le traitement médical instauré s'il n'était pas très approprié, faute de diagnostic bien assis, était adéquat.

La défense est bonne : la preuve de la faute sera difficile à apporter par le plaignant.

Observation n° 21

Acte en cause : INFILTRATION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1968

Les faits :

- Mme T., 60 ans, tapissière.
- Traitée pour périarthrite de l'épaule gauche par infiltrations d'hydrocortisone, par Docteur X.
- En Avril 1968 : infiltration intra-articulaire d'hydrocortancyl faite par Dr X. pour nouvelle poussée.
- Arthrite infectieuse à staphylocoque
- Liquide ponctionné - Examen ramène un staphylocoque pathogène.
- Intervention chirurgicale
- Séquelles importantes fonctionnelles, l'empêchant d'effectuer son travail - Plus dépression nerveuse réactionnelle.

La famille ne porte pas plainte devant le Tribunal, mais demande réparation et désire être remboursée des frais.

Affaire en cours.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien
- Indication de l'acte : justifié
- Bilan préalable : non précisé
- Technique : désinfection des mains à l'alcool
désinfection de la peau à l'alcool iodé
seringue stérilisée au Poupinel
Voie d'abord antérieur.
- Surveillance : inexistante, le médecin était parti en vacances.

Discussion :

- 1) Indication justifiée d'emploi de corticoïde
- 2) Asepsie semble respectée
- 3) L'arthrite aiguë éclate très vite

Tout ceci est en faveur d'une arthrite infectieuse cortisonique.

L'absence de bilan préalable conduira sans doute à une transaction.

Observation n° 22

Acte en cause : INJECTION DE CORTICOÏDE

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1969

Les faits :

- Mr M. 55 ans, comptable.
- Présente arthrite scapulo-humérale gauche
- traitée par Docteur X. généraliste, par infiltrations cortisoniques.
- Après injections de 2 ml de Tedarol : arthrite suppurée
- Intervention chirurgicale
- Incapacité totale de plusieurs mois
- Transaction : indemnité de 9 000 F.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien

- Indication de l'acte : bonne
- Bilan préalable : non précisé car effectué par un Confrère et non examiné par le praticien en cause.
- Technique : matériel stérilisé à 160° pendant 45 mn dans stérilisateur Dia-Med.
- Surveillance

Discussion

La stérilisation des instruments semble avoir été nettement insuffisante. Le dossier médical est incomplet. Le lien de cause à effet entre la mauvaise stérilisation et la suppuration étant évident, il y a eu transaction. La transaction est la solution logique.

Observation n° 23

Acte en cause : INFILTRATION MEDICAMENTEUSE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

- Mr P. après accident de travail est en arrêt de travail.
- Diagnostic non connu
- Infiltration péri-articulaire au niveau du genou par le docteur X. généraliste.
- Nature du produit non connu.
- Après la dernière infiltration : chute avec perte de connaissance : sa tête frappe le carrelage.
- Depuis le malade se plaint de céphalées et de vertiges.
- Radios du crâne)
 (normaux
fond d'oeil)

Electroencéphalogramme : quelques anomalies qui peuvent être la conséquence du traumatisme.

Affaire sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omnipraticien
- Indication de l'acte :

- Bilan préalable
- Technique
- Surveillance.

Discussion :

Cet accident regrettable ne peut être reproché au médecin, la perte de connaissance peut être secondaire à l'injection, mais il n'y a aucune faute du Docteur X.

Observation n° 24

Acte en cause : INFILTRATION MEDICAMENTEUSE

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1968

Les faits :

- Mme D., 62 ans.
- Traitée depuis le 7 Avril 1967 pour coxarthrose gauche par Docteur X. Rhumatologue, par infiltrations alcacyl et endocid.
- 18 Novembre 1967 : poussée inflammatoire de sa coxarthrose et sciatique gauche L5.
- Docteur X pratique une manipulation vertébrale et une infiltration du 1er trou sacré gauche de 10 cc de procaine et d'une ampoule d'hydrocortanoyl.
- Depuis aggravation d'après Mme D.
- Pas de réclamation.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue et
electroradiologiste
- Indication de l'acte : légitime
- Bilan préalable : fait : hémogramme
vitesse de sédimentation
Radio non mentionnée
- Technique : non mentionnée
- Surveillance :

Discussion : c'est une déclaration de prudence.

Les faits :

- M. le M..., 43 ans
- Rhumatismes au niveau de l'épaule droite depuis 15 jours.
- Consulte Dr X. généraliste.

Traitement prescrit : série d'infiltrations d'hydrocortisone
et de novocaïne.

- A la 6^e injection, faite dans la région mastoïdienne droite, l'aiguille se brise au ras de l'embout.
- Radio : fragment d'aiguille de l'ordre de 1 mm
- 3 semaines plus tard : violentes douleurs et blocage du cou
nouvelle radio : aiguille dans la région cervicale en regard de C2-C3
- Intervention chirurgicale : extraction de l'aiguille, longue de 4,5 cm.
qui était fichée dans une apophyse transverse.
- Malade reprend son travail sept mois après.
- Séquelles : limitation de la rotation du cou vers la gauche
longue cicatrice sur la partie droite du cou
hypoesthésie dans le territoire des branches superficielles
ascendantes du plexus cervical
gêne des mouvements de l'épaule.

Procédure :

- Tribunal de Grande Instance qui déclare le médecin responsable
 - Le médecin fait appel
 - Cour de Cassation
 - Expertise
- L'arrêt de la Cour déboute l'adversaire.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte : Bonne
- Bilan préalable : non mentionné
- Technique :
- Surveillance :

Observation n° 25

Acte en cause : INJECTION MEDICAMENTEUSE

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1963

Les faits :

- Mme L.
- En Mai 1963 consulte Docteur X. généraliste pour des douleurs cervicales para-vertébrales droites avec irradiations de la région occipitale. Docteur X. prescrit une injection d'hydrocortancyl 125 mg et xylocaïne à 2%.
- 10 secondes après l'injection la malade "bleue" présente état syncopal
- Injection de Tonicorine et Pressyl : mieux permettant de diriger la malade vers un centre de réanimation.
- Deux jours plus tard, décès de la malade.
- Famille porte plainte pour faute professionnelle.
- Affaire sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte : justifiée
- Bilan préalable : non donné
- Technique : non précisée.
- Surveillance : satisfaisante.

Discussion : aucun fait ne peut être reproché au médecin.

- L'indication était justifiée
- Suites de l'injection ne pouvaient être prévues
Nous n'avons aucun renseignement sur l'état cardiaque de la malade.
- Le bilan préalable fait défaut pour constituer une bonne défense malgré le caractère imprévisible du choc.

Observation n° 26

Acte en cause : Bris d'aiguille

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1963

Discussion

Le bris d'aiguille placé dans le cou est-il responsable de ces troubles ?

L'intervention aurait-elle dû être plus précoce ?

Le chirurgien qui a pratiqué l'extraction a souligné l'inutilité d'un acte opératoire précoce.

Conclusion des experts :

"Il est difficile de relier les séquelles dont se plaint le malade à la pénétration du fragment d'aiguille qui se trouvait à distance du rachis cervical, mais elles peuvent être consécutives à l'intervention".

Il n'y a donc pas de relation de cause à effet entre la faute retenue et le préjudice.

D'où déboutement de l'adversaire.

Observation n° 27

Acte en cause : Bris d'aiguille

Date des faits : 1964

Date de la réclamation : 1964.

Les faits :

- Mme P..., 70 ans.
- A la suite d'une infiltration d'hydrocortisone faite par Dr X., omni praticien.
- Aiguille se brise au niveau de la région sacrée
- Hospitalisation
- Extraction chirurgicale de l'aiguille
- Transaction amiable de 369,03 F
- La faute médicale étant certaine.

Observation n° 28

Acte en cause : Bris d'aiguille.

Date des faits : 1959

Date de la réclamation : 1959

Les faits

- Monsieur M.,
- Injection intra-articulaire d'hydrocortancyl dans l'épaule par Dr X. Omnipraticien.
- Mr M... lève brusquement son bras et l'aiguille se casse.
- Radio : 1 cm d'aiguille dans l'épaule, extra-articulaire.
- Pas de douleur
- Pas de réclamation.

Discussion

Si l'aiguille est actuellement bien supportée, on ne peut assurer qu'ultérieurement des complications ne pourront survenir.

Observation n° 29

Acte en cause : Bris d'aiguille

Date des faits : 1958

Date de la réclamation : 1958

Les faits :

- Mr S...
- Infiltration d'hydrocortisone faite à domicile par Dr X. Omnipraticien
- Aiguille se casse au niveau de l'embout dans la masse musculaire lombaire para-vertébrale.
- Tentative d'extraction sous repérage radioscopique vaine par Dr X.
- Hospitalisation : essais infructueux d'extraction.
- Suites : aiguille bien supportée.
- Sur la demande de Mr S., le Dr X. fait appel au Dr Y. qui procède au repérage et à l'extraction de l'aiguille.
- Affaire sans suite.

Observation n° 30

Acte en cause : Bris d'aiguille

Date des faits : 1958

Date de la réclamation : 1958

Les faits :

- Mme L..., 70 ans
- Injection intra-articulaire dans l'épaule gauche par Dr X. omnipraticien
- Aiguille se casse
- Hospitalisation
- Extraction chirurgicale
- Le malade porte plainte contre son médecin
- Transaction amiable de 15 000 F à la malade.

La faute professionnelle est évidente.

Observation n° 31

Acte en cause : Bris d'aiguille

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1968

Les faits :

- Mme C...
 - Injections d'hydrocortisone para-articulaire au niveau de l'épaule gauche, pour périarthrite scapulo-humérale par Dr X. omnipraticien.
 - Aiguille se casse à la base au moment de la retirer.
 - Tentative d'extraction vaine par Dr X.
 - Pas de radio faite
 - Aiguille bien supportée.
- Affaire sans suite.

Acte en cause : injection d'ACTH

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1969

Les faits :

- Monsieur W..., 41 ans.
- Sous traitement cortisonique prolongé pour sciatique
- Guérison de la sciatique. En juillet 1963 se prépare à effectuer un long voyage en voiture.
- Son médecin le Dr X... rhumatologue, lui prescrit 3 injections d'ACTH à 3 jours d'intervalle.
- Dans les instants qui ont suivi la 2è injection le malade est décédé : mort subite.
- Dr X... conseille de faire pratiquer une autopsie : ce qui n'a pas été fait.

Pas de réclamation de la famille.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : rhumatologue
- Indication de l'acte : bonne
- Bilan préalable ; non précisé.
- Technique : non précisée
- Surveillance.

Discussion

A noter qu'en 1963 l'accent était sur les dangers du sevrage cortisonique.

Le Dr X. craignant un accident avec collapsus par insuffisance surrénalienne a fait cette prescription.

Le malade aurait reçu pendant un mois : 20 mg de cortanoyl au début, puis doses dégressives, la prescription du médecin était tout à fait justifiée : sa responsabilité n'est pas engagée ; choc à l'ACTH imprévisible.

Un bilan préalable porté au dossier faciliterait la défense.

Acte en cause : Injection de Phénylbutazone

Date des faits : 1954

Date de la réclamation : 1954

Les faits

- Mme M... 43 ans.
- Infection rhumatismale traitée par injections intra-fessières de Phénylbutazone.
- Antécédents : cicatrice au niveau de la fesse gauche d'un phlegmon qui dut être largement débridé.
- Le 8.1.54 : injection intra-fessière de phénylbutazone faite par Dr X. généraliste.
- A la suite : douleurs permanentes et persistantes de la fesse
- Le 11.1.54 : anesthésie dans le territoire du nerf cutané postérieur de la cuisse.

Procédure : Tribunal Civil

Expertise.

Médecin déclaré responsable : le jugement condamne le médecin à payer
3 061 171 F

- Pretium doloris estimé important
- Invalidité totale pendant 6 mois
- Invalidité définitive de 18%

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :
- Technique :
- Surveillance :

Discussion :

Selon les experts : les troubles dont se plaint Mme M... sont attribués à une infiltration tronculaire du nerf cutané postérieur de la cuisse, par atteinte directe.

Il y a faute technique.

Mais la présence d'une importante cicatrice dans cette zone d'élection des piqûres intra-fessières suite à l'incision d'un phlegmon après injection de calcium en 1945, a pu rendre la localisation un peu basse de l'injection.

En présence de cette cicatrice, le Dr X. aurait dû déterminer plus soigneusement le point d'impact. En voulant éviter cette zone cicatricielle, il a fait sa piqûre trop bas dans la zone dangereuse.

Il y a donc faute mais la faute est-elle excusable ou non, en raison de cette cicatrice ?

Non a répondu le Tribunal.

Observation n° 34

Acte en cause : Injection de Phenylbutazone

Date des faits : 1957

Date de la réclamation : 1957

Les faits :

- Mme P..., 61 ans, blanchisseuse.
- Coxarthrose bilatérale depuis 3 ans
- En Oct. 57 : Dr X. lui fait une injection de phenylbutazone
- Suites immédiates : paralysie du membre inférieur droit
- Cliniquement : paralysie tronculaire du nerf sciatique
algies importantes
troubles trophiques et vasomoteurs du pied.
- Suites lointaines : pas de régression de la paralysie
persistance des douleurs.
- Arrêt de toute activité professionnelle.

Procédure : Tribunal Civil

Expertise

Pas de condamnation.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omni praticien
- Indication de l'acte : justifiée
- Bilan préalable fait : biologique et radiologique
- Technique : injection faite au quadrant supéro-externe de la fesse
- Surveillance :

Discussion

"Mme P... est atteinte d'une paralysie tronculaire du sciatique, vraisemblablement consécutive à une injection intra-fessière de phénylbutazone" disent les experts.

Une fusée inhabituelle s'est produite vers le trajet du nerf sciatique : ceci est une malchance d'injection, et non une faute.

ARTHROGRAPHIES

Observation n° 35

Acte en cause : arthrographie du genou

Date des faits : 1962

Date de la réclamation : 1962

Les faits :

- Mme T... 32 ans, présente un kyste du genou gauche pour lequel elle recevait des soins non précisés.
- Le Dr X., spécialisé en chirurgie osseuse, demande une arthrographie pré-opératoire.
- Deux jours après : gros genou douloureux.
- Le Dr X. fait une ponction qui ramène un liquide citrin, lui prescrit un traitement par antibiotiques, Phénylbutazone et massages.
- Suites : douleurs allant en s'accroissant au cours de son travail; manque de solidité de l'articulation.

Examen : - augmentation de volume du genou,

- pas de mouvements anormaux,
 - pas d'atrophie musculaire,
 - seule la flexion est limitée.
- Transaction amiable.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Electroradiologiste.
- Indication de l'acte : Justifiée (conseillée par le chirurgien orthopédiste.
- Bilan préalable : non fait
- Technique : - 10 cc Solution de Diodone Guerbet à 35%
 - Conditions d'asepsie non précisées.
- Surveillance :

Discussion

- Y a-t-il eu faute du Dr X... Electroradiologiste ?
- Si une arthrographie a été nécessaire, c'est que Mme T... souffrait déjà du genou.
- Mais absence de bilan préalable biologique et radiologique : en ceci, faute.
- La relation de cause à effet n'est pas prouvée.

Conclusion : L'affaire est transigée contre signature d'aucune reconnaissance de responsabilité.

Indemnité forfaitaire de 600 F.

Observation n° 36

Acte en cause : arthrographie du genou.

Date des faits : Février 1963 Date de la réclamation : Juillet 1963

Les faits :

- Mr L..., gendarme de 54 ans.
- En 1962 : - Douleur du genou gauche
 - Radio pratiquée par un omnipraticien, qui conclut à une arthrose légère et ne donne ni traitement, ni arrêt de travail.
- En Juin 1963 : persistance des douleurs du genou gauche
 - Consultation d'un rhumatologue qui demande une arthrographie - Hypothèse d'une lésion méniscale
- L'arthrographie est alors effectuée par un radiologue.

Le lendemain : température à 38°, douleur continue du genou. Le médecin traitant appelé constate un épanchement articulaire avec réaction inflammatoire importante et le met sous Cortancyl per os. Le médecin traitant pratique une ponction de l'articulation qui ramène un liquide suspect, et par là même aiguille fait une injection intra-articulaire de pénicilline. Le malade accuse

à l'injection une sensation de brûlure locale intense, presque syncopale.

L'examen du liquide de ponction montre :

- Une réaction leucocytaire avec polynucléaires altérés;
- Pas de germe, ni à l'examen direct, ni en culture;
- Pas de FK.
- Le médecin fait alors une injection de corticoïdes et d'antibiotiques.
- Quatre jours plus tard, la marche est toujours impossible.
- Hospitalisation et soins en milieu chirurgical.
- Le chirurgien fait pratiquer une radio du genou qui ne démontre rien, et applique un plâtre pelvi-pédieux qui doit être gardé pendant un mois.
- Un mois plus tard : ankylose du genou gauche et importante atrophie musculaire.
- Quatorze séances de massages et rééducation sont ordonnées, qui sont très douloureuses.
- Après un mois, le malade continue à souffrir. Il présente de la fièvre un oedème généralisé et une quantité importante d'albumine dans les urines. Devant la persistance des troubles rénaux et infectieux, et l'altération de l'état général, le malade est adressé à un hôpital plus important.
- Des radios du genou et un bilan rénal sont faits.
- Un traitement par antibiotiques et une immobilisation de l'articulation sous plâtre sont entrepris sans succès.

L'amputation est alors pratiquée : c'est une opération de sauvetage disent les chirurgiens pour :

"ostéoarthrite infectieuse du genou gauche avec troubles trophiques importants du membre inférieur gauche, déformation irréductible du genou, atteinte importante de l'état général avec retentissement sévère rénal."

L'amputation est suivie d'une reprise spectaculaire de l'état général

Procédure : Tribunal Civil

Expertise : IPP à 80%

Pretium doloris important

Désistement du patient.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : quatre médecins sont intervenus : l'arthrographie a été faite par un radiologue.
- Indication de l'acte : bonne, le genou douloureux n'ayant pas fait sa preuve par les examens usuels.
- Pas de contre-indication, en l'absence d'atteinte infectieuse antérieure.
- Bilan préalable : complet : VS, examens rénaux... pratiqués.
- Technique : paraît satisfaisante.

Arthrographie faite en double contraste avec injection d'air et de radiosélectant.

Les conditions d'asepsie semblent avoir été respectées:

- désinfection de la peau;
- injection d'air prélevé au-dessus d'une flamme.
- Surveillance : satisfaisante en milieu hospitalier.

Discussion :

-- Il est évident qu'une infection articulaire s'est manifestée après l'arthrographie. Rien ne prouve que celle-ci soit responsable, car :

- le liquide de ponction est stérile;
- il y a eu infiltration avant;
- plusieurs injections médicamenteuses ont été faites après.

- Peut-on attribuer cette évolution à un acte médical, et dans cette hypothèse, lequel ?

- La preuve anatomo-pathologique n'a malheureusement pas été apportée par les chirurgiens.

En cours d'expertise, les experts ont mis en lumière ces différents points.

Conclusion : Il n'existe pas de faute reprochable aux quatre médecins : omnipraticien, rhumatologue, radiologue, chirurgien qui ont suivi ce malade.

D'où désistement du plaignant.

Acte en cause : Arthrographie du genou.

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1964.

Les faits :

- Mr V..., 37 ans.
- En 1962 : douleurs mécaniques du genou droit.
- Antécédents : traumatisme sans fracture du membre inférieur droit à l'âge de trois ans.
- Diagnostic et traitement non précisés.
- 1963 : persistance des douleurs.
- Radiographies normales
- Arthrographie révèle une lésion méniscale externe.
- Quelques jours après : gros genou inflammatoire
- Ponction : on aurait retrouvé du staphylocoque
- Hospitalisation de quatre vingt cinq jours.
Immobilisation plâtrée de deux mois.
- Séquelles immédiates : gros genou hydarthrosique avec mouvement de latéralité sans tiroir.
- Sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : électroradiologiste
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : - radiologique;
- pas d'examen biologique.
- Technique : - stérilisation à l'air sec;
- injection - 30 cc d'air prélevé au-dessus d'une flamme;
- mélange : 6 cc de Diodone à 50% + 2 cc de novocaïne à 2%
- Surveillance : recommandation d'un repos complet de 48 heures.

Discussion

- Y a-t-il faute du médecin ?
- Le bilan préalable ne permet pas une défense absolue, mais une indication acceptable et une technique satisfaisante ne font apparaître aucune faute liée au préjudice.
- La lésion méniscale elle-même peut être en cause dans les suites non infectieuses.

Observation n° 38

Acte en cause : Arthrographie du genou.

Date des faits : 1964

Date de la réclamation : 1964

Les faits :

- Mme S... 51 ans.
- 1963 : Accident de travail au niveau du genou gauche, avec radio du genou normale.
- 1964 : persistance des douleurs
Nouvelle radio de contrôle du genou gauche normale.
- Le Dr X., son médecin traitant, demande alors une arthrographie
- Arthrographie faite par le Dr Y., électroradiologiste.
- La malade porte plainte, l'examen aurait provoqué une "péri-arthrite du genou".
- Affaire sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Electroradiologiste
- Indication de l'acte : bonne
- Bilan préalable : - radiologique;
- pas d'examen biologique.
- Technique : - conditions de stérilisation respectées
- au cours de l'examen une partie du liquide iodé hydrosoluble a filtré dans une bourse séreuse sous-rotulienne.
- Surveillance :

Discussion :

Le liquide ayant filtré dans la bourse séreuse sous-rotulienne, la péri-arthrite ne peut être provoquée par l'arthrographie.

Conclusion : Il fut prouvé par la suite que la péri-arthrite était antérieure à l'arthrographie.

Observation n° 39

Acte en cause : Arthrographie bilatérale des hanches.

Date des faits : 1966

Date de la réclamation : 1967.

Les faits :

- Mme B..., 46 ans.
- Juillet 1966 : arthrographie bilatérale des hanches sur hanche pathologique.
- A la suite : Arthrite purulente de la hanche droite. Une ponction du liquide ramène un staphylocoque pathogène.
- Hospitalisation et intervention chirurgicale : les caractères de nécrose surajoutés de la tête fémorale sont extrêmement importants et entraînent la résection de la tête et du col de drainage et une synovectomie.
- Sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : électroradiologiste
- Indication de l'acte : Bonne.
- Bilan préalable : bilan biologique fait.
- Technique :
 - Stérilisation du matériel à 170°, 45 minutes
 - Stérilisation de la peau à l'alcool iodé
 - La première hanche ponctionnée est la droite
 - Seringues et aiguilles ont été placées dans des boîtes séparées : deux boîtes ont été ouvertes.
- Surveillance :

Discussion

L'arthrite est-elle consécutive à l'arthrographie ?

Il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'une hanche pathologique.

Il n'est pas impossible qu'elle ait auparavant reçu quelques injections de corticoïdes; ce qui pourrait expliquer également l'évolution de cette infection.

Une réclamation inciterait à plaider.

Observation n° 40

Acte en cause : Arthrographie du genou.

Date des faits : Novembre 1966

Dare de la réclamation : 1967.

Les faits :

- Mr L...

- Le 8 Novembre 1966, Mr L... consulte le Dr X... électroradiologiste avec une ordonnance du Dr Y... rhumatologue, prescrivant une arthrographie du genou droit.

- Antécédents : le 22 Septembre 1966 : chute en montagne suivie de craquement et de difficulté d'extension complète du genou droit.

- Radio du genou : aspect osseux normal.

- Arthrographie pratiquée montre une rupture en anse de seau du ménisque interne avec luxation du fragment interne.

- Le lendemain : arthrite nécessitant une hospitalisation pour évacuation chirurgicale et drainage de l'épanchement.

Analyse du liquide : liquide séreux non purulent.

- Examen anatomo-pathologique : Panniculite inflammatoire sans suppuration ni tuberculose, ni malignité.

Suites : après plusieurs séances de rééducation,

conservation d'une certaine limitation de la flexion-extension.

- Le malade demande le remboursement de ses frais.

- Affaire en cours devant le Tribunal Civil.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Electroradiologiste.
- Indication de l'acte : Logique.
- Bilan préalable : - Radio préalable pratiquée
 - Bilan hématologique non fait.
- Technique : - Arthrographie faite sous contrôle télévisé
 - A nécessité une deuxième injection du produit de contraste qui la première fois, à cause de la morphologie des bourses séreuses, avait eu lieu dans le paquet graisseux sous-rotulien.
- Surveillance : suivie.

Le Dr. X... a d'ailleurs prescrit de la bipénicilline et de l'aspirine après l'arthrographie, et a demandé à Mr L... de le tenir au courant.

Discussion

L'arthrite purement inflammatoire pouvait parfaitement exister avant l'arthrographie. Celle-ci n'étant responsable, en l'absence de toute faute professionnelle, que d'une poussée inflammatoire.

La défense devant de tribunal peut être fondée sur des bases solides.

Observation n° 41

Acte en cause : Arthrographie de l'épaule + Injection de corticoïde

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

- Mr B..., 32 ans, secrétaire administratif.
- 19 Décembre 1966 : douleur persistante dans l'épaule droite après entraînement sportif.
- Mr B... consulte le Dr X..., omnipraticien; qui le dirige vers le Dr Y... pour arthrographie de l'épaule droite. Celui-ci fait une radiographie.
- L'arthrographie est faite le 21 décembre par le Dr Z..., rhumatologue.

- Le lendemain : violente douleur de l'épaule droite;
température élevée;
impossibilité de se servir du bras.
- Le médecin traitant, le Dr W..., fait une injection intra-articulaire de Dépomédrol. Puis hospitalisation le 26 Décembre 1966.
- A la ponction on retire 40 cc de liquide mal odorant.
Examen bactériologique : - nombreux polynucléaires
- absence de germe
- cultures négatives.
- Diagnostio d'arthrite suppurée.
- Séances de rééducation, dont les résultats sont assez rapidement satisfaisants.
- Suites : Mr B... présente les séquelles suivantes :
 - douleurs de l'articulation, surtout lorsqu'il a appui sur elle;
 - Limitation légère des mouvements d'élévation du bras et de rotation postérieure de l'épaule.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : - Radio préalable faite;
- Pas de bilan hématologique.
- Technique : - Seringues de 20 cc et aiguilles stérilisées au Poupinel à 130°, une heure et demie.
- Injection de Diodone Guerbet en solution aqueuse :
3 cc + 30 cc d'air prélevé sur flamme par lampe à alcool.
- Surveillance : bonne.

Discussion

- L'arthrite est-elle secondaire à une arthrographie ou à une injection de corticoïde intra-articulaire ?

- L'arthrographie a été faite dans de bonnes conditions de stérilité
- L'injection de Dépomédrol a été faite sans couverture antibiotique

- Mais le pus, retiré par ponction, était stérile : d'où réaction inflammatoire banale et transitoire.

Les experts ont d'ailleurs souligné ce point, précisant qu'il s'agit d'une réaction articulaire puriforme aseptique et non d'une arthrite suppurée.

Observation n° 42

Acte en cause : Bris d'aiguille.

Date des faits : 1957

Date de la réclamation : 1957.

Les faits :

- Mr M..., 68 ans.
- Infiltration intra-articulaire du genou pour arthrographie par le Dr X..., chirurgien.
- L'aiguille se brise.
- Tentative d'extraction chirurgicale vaine.
- Aiguille bien supportée.
- Le malade ne porte pas plainte.
- Mais la clinique demande le remboursement des frais.
- Il y a transaction amiable.

Faute professionnelle évidente.

Aiguille bien supportée, mais possibilité de complications ultérieures.

Observation n° 43

Acte en cause : Bris d'aiguille.

Date des faits : 1965

Date de la réclamation : 1965

Les faits :

- Mme L..., 65 ans.
- Infiltration de 10 cc de Tscurocaine, en vue d'une arthrographie, par le Dr X..., rhumatologue et électroradiologiste.

- L'aiguille se brise dans le genou.
- La malade est adressée au chirurgien qui tente deux essais d'ablation, en vain.
- L'aiguille ressort spontanément.

Affaire sans suite.

SACCO-RADICULOGRAPHIES

Observation n° 44

Acte en cause : Sacco-radiculographie

Date des faits : 1963

Date de la réclamation : 1964

Les faits :

- Mr X.
- présente des lombalgies violentes avec de légères irradiations dans le membre inférieur gauche.
- Antécédent de chute sur le dos.
- Son médecin traitant demande un méthiodal.
- Le méthiodal fait le 19 Mai 1961 révèle une hernie discale.
- Le lendemain : intervention : extraction d'une hernie discale L₄-L₅.
- Suites opératoires bonnes.
- Quelques jours plus tard : syndrome mineur de la queue de cheval : dysurie, difficulté à la défécation, hypoesthésie en selle.

Juridiction Pénale : atteinte involontaire de l'intégrité physique.

Affaire terminée par un non-lieu.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : chirurgien
- Indication de l'acte : logique dans un but pré-opératoire.
- Bilan préalable : non connu
- Technique : non donnée.

Méthiodal sous rachianesthésie

- Surveillance : en milieu hospitalier.

Discussion :

A quoi peut-on attribuer ces séquelles ?

Trois hypothèses :

- Accident de rachianesthésie, mais celle-ci s'est bien déroulée
- Intolérance au méthiodal : c'est le plus probable, mais ceci était mal connu en 1963
- Evolution possible, en plus de la hernie, d'une tumeur de la queue de cheval.

Observation n° 45

Acte en cause : Sacco-radiculographie

Date des faits : 1964

Date de la réclamation : 1966

Les faits ;

- Mr T..., 48 ans.
- Depuis 1959 : lombo-sciatique droite déjà traitée par des infiltrations de novocaïne et des agents physiques, par le Dr X... chirurgien
- Septembre 1964 : syndrome douloureux persistant;
nouvelles radios lombaires : lombalisation de S₁ et ébauche de spina-bifida.
Nouveau traitement par massages et radiothérapie, sans résultat.
- Octobre 1964 : Le Dr X... décide de pratiquer, dans un but diagnostic, une myélographie au méthiodal.
- Hospitalisation pour effectuer le méthiodal.
- Dans les heures qui suivent : parésie des membres inférieurs
Radios : écrasement et refoulement ainsi qu'une amputation de la première racine sacrée gauche.
possibilité de hernie discale.
- Suites immédiates : troubles sphinctériens avec rétention d'urine et atonie anale.
- Syndrome de la queue de cheval.

- Ultérieurement : complications d'ordre infectieux urinaire et une péri-phlébite du membre inférieur droit.
- Le malade dépose une plainte contre le chirurgien.

Procédure en cours. Expertise.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Chirurgien
- Indication de l'acte : justifiée
- Bilan préalable : radios pratiquées.
- Technique :
 - Injection préalable de 4 cc de Procaïne à 4%
 - Injection par voie lombaire basse de 10 cc de Méthiodal à 20% et d'une ampoule de Soludécadron.
- Surveillance : bonne.

Discussion :

Ce syndrome de la queue de cheval est bien secondaire à l'injection de Méthiodal. Mais les experts ne concluent pas à la faute du Dr X...

"La technique utilisée par le Dr X... fut la technique classique et aucune faute ne peut être retenue..."

..."nous pouvons conclure que le Dr X... n'a pas commis de faute, que les troubles consécutifs à l'examen ~~au~~ Méthiodal sont dus à un incident de la méthode bien connu actuellement et s'observant dans 2 % des cas..."

Le seul point à soulever est peut-être l'indication.

Cette indication était justifiée par la clinique et elle fut d'ailleurs confirmée par les résultats radiologiques qui témoignent de l'existence d'une hernie postéro-latérale gauche du disque L₅S₁.

Observation n° 46

Acte en cause : Sacco-radiculographie

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1968

Les faits :

- Mme B..., 49 ans.

- En 1950 : Mme B... souffre d'une lombosciatique gauche pour laquelle une radiculographie opaque au Méthiodal a été faite le 10 Novembre 1959 à Alger. L'examen ne montrait pas de saillies discales appréciables.
- Persistance de la sciatique, la malade consulte le Dr X..., rhumatologue. Diagnostic de sciatique gauche sans modification du réflexe achilléen et sans signe de Lasègue.
- En 1966 : le Dr X... revoit la malade : réflexe achilléen gauche aboli.
- En 1967 : après une crise hyperalgique, Mme B... voit le Dr Y..., rhumatologue.

Nouvelles radios pratiquées : pas de modification discale notable.

Surtout déviation latérale vers la gauche du rachis lombaire.

- Persistance de la sciatique, rebelle à toute thérapeutique.
- Le Dr Y... décide de pratiquer un nouveau méthiodal, préalable à une éventuelle intervention chirurgicale.
- Le méthiodal est effectué le 5 Janvier 1968 par le Dr Z..., chirurgien.
- A la suite : état de choc nécessitant une réanimation.

paralysie complète des membres inférieurs avec atteinte des fonctions spinctériennes urinaires et rectales.

- Suites : Régression de la paralysie des membres inférieurs
La malade peut reprendre progressivement la marche.
Persistance des troubles sphinctériens et de l'anesthésie périnéale.

Procédure : Expertise.

La Cour d'Appel a débouté la demanderesse, mais la Cour de Cassation a cassé l'arrêt
Procès encore en cours.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Chirurgien
- Indication de l'acte : Logique
- Bilan préalable : - Bilan radiologique répété
- Bilan biologique effectué
- Technique : Après rachianesthésie :
 - Injection de 0,2 cm3 de Maxicaine

- Injection lente de 17 cc de Méthiodal
- De nouveau injection de 0,2 cc de Maxicaine
- Surveillance : bonne.

Discussion

- L'indication était-elle légitime ?

Selon les experts, elle ne fait pas de doute dans la mesure où une solution chirurgicale était envisagée devant une sciatique rebelle à tout traitement médical et dont l'origine discale ne pouvait être affirmée.

- Il semble que la myélographie n'ait pas été précédée de la recherche d'une éventuelle intolérance à l'iode. Or, une telle intolérance ne pouvait à priori être exclue, malgré l'absence d'incident lors du premier méthiodal, car ce premier examen aurait pu sensibiliser la patiente.

Conclusion : "La responsabilité du Dr Z... ne saurait être engagée : il avait une obligation contractuelle de moyen de donner à sa cliente des soins consciencieux, attentifs et dévoués conformes aux données alors acquises de la science médicale".

Telle est la conclusion des experts.

TRAITEMENTS PHYSIQUES

Observation n° 47

Acte en cause : manipulation vertébrale

Date des faits : 1955

Date de la réclamation : 1961

Les faits :

- Monsieur A..., 42 ans, mineur de fond
 - Hospitalisation du 21 Avril au 9 Mai 1955 pour lombo-sciatique droite
 - A l'examen : réflexes tous présents
 - lasègue très peu marqué à droite
 - pas de points douloureux vertébral
 - mais points douloureux fessiers.
 - Vitesse de sédimentation : 10 à la 1^{re} heure.
 - Traitement médical et séances de vertébrothérapie sont institués.
 - Après deux séances, le malade se déclare indolore et refuse de poursuivre ces séances.
 - 6 ans après; il porte plainte; ces deux séances de vertébrothérapie aurait provoqué une aggravation et entraîné une invalidité obtenue en 1956.
- Tribunal Civil qui se déclare incompétent.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien :
- Indication de l'acte : Logique
- Bilan préalable : bilan biologique fait
 - radio non mentionnée.
- Technique : Elongations pratiquées avec de grandes précautions :
 - enveloppement soigneux du thorax par de très épaisses

couches de coton.

Tractions faites avec une douce progression.

- Surveillance : impossible - refus du malade.

Discussion

Seules, deux séances de vertébrothérapie pouvaient-elles aggraver le malade ?

Une statistique du Dr DE SEZE portant sur 12 000 malades soignés par élongations, ne retrouve aucun cas d'accident tel, donnant des séquelles pendant si longtemps. D'autre part, le fait que Mr A... ait obtenu l'invalidité en 1956, n'est pas un argument, car nous en ignorons les motifs.

Conclusion :

Il n'y a pas eu de procédure car l'action en indemnité qui peut être engagée est de la compétence de la juridiction administrative et non de la juridiction civile.

Les fautes que peuvent commettre les médecins des hôpitaux à l'occasion de soins donnés à l'hôpital, à moins de cas exceptionnels de faute détachable de la fonction, n'engagent que la responsabilité de l'hôpital.

Observation n° 48

Acte en cause : Manipulation vertébrale

Date des faits : 1959

Date de la réclamation : 1959

Les faits :

- Mr L.
- 20 Janvier 1959 : consulte le Dr X., omnipraticien, pour sciaticque gauche fort douloureuse.
- Manipulation faite par le Dr X. et traitement médicamenteux.
- Le lendemain : aggravation
- Hospitalisation en clinique.

- Demande de remboursement de ses frais.

Affaire sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien.
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : non fait. Pas de radio.
- Technique :
- Surveillance : R.A.S.

Discussion

Devant la douleur aiguë, la notion d'urgence a incité le médecin à manipuler, sans contrôle radiologique préalable.

Il n'en reste pas moins que l'absence de bilan radiologique préalable rendrait la défense difficile en cas de procès.

Observation n° 49

Acte en cause : Manipulation vertébrale

Date des faits : 1959

Date de la réclamation : 1959

Les faits

- Mme M., 67 ans
 - En Mai 1959 : douleurs cervicales importantes.
 - Le Dr X., omnipraticien, en l'absence de radio, fait des manipulations extrêmement douces.
- Au cours de la manipulation, douleur vive de la région costale.
- Le médecin essaie d'améliorer cette douleur par manipulation costale, et à l'impression qu'à une poussée très légère, une côte céda.
- Radio : fracture latérale de la 6^e côte.
 - Il y a transaction amiable : le médecin verse la somme de 60 F.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : omnipraticien.
- Indication de l'acte :

- Bilan préalable : non fait
- Technique :
- Surveillance :

Discussion :

Responsabilité médicale évidente.

Faute de ne pas avoir fait de radio préalable.

Faute de continuer la manipulation, alors que la malade se plaignait de vives douleurs.

Lien de cause à effet entre la faute et le préjudice.

Observation n° 50

Acte en cause : Manipulations ostéopathiques

Date des faits : 1961

Date de la réclamation : 1961

Les faits :

- Mr N..., 45 ans.
- Traité depuis 3 semaines pour une lombo-sciatique gauche, par corticoïdes et largactil.
- Il n'y a pas eu de radio de pratiquée.
- Aggravation : Dr X. fait trois séances d'acupuncture, avec manipulations ostéopathiques légères.
- Amélioration.
- Deux mois plus tard : Mr N. se présente chez le Dr X. déclarant qu'il sortait de l'hôpital et avait une jambe paralysée.
Médecin absent, on lui demande de revenir le lendemain.
Le malade ne s'est jamais représenté.

Les conditions techniques

Qualification du praticien :

Indication de l'acte :

Bilan préalable non fait.

Technique :

Surveillance :

Discussion

La paralysie résiduelle de la jambe est-elle la conséquence de ces manipulations ?

L'absence de bilan radiologique préalable, l'inexistence de l'observation clinique rendraient la défense difficile, en cas de procédure.

Observation n° 51

Acte en cause : Elongation et massages vertébraux.

Date des faits : 1965

Date de la réclamation : 1965

Les faits :

- Mme S., 67 ans
- Souffre de la colonne vertébrale à la suite de nombreux accidents et chutes.
- Des manipulations vertébrales, qu'elle subissait depuis des années amenaient une amélioration, d'après elle.
- En Février 1965, le Dr X., omni praticien, lui prescrit un traitement physique.
- Radios pratiquées avant traitement montrent une légère discarthrose étagée et un peu d'ostéoporose.
- A la troisième séance, le 30.3.65, la malade se plaint de son épaule droite.
- A la manipulation : sensibilité au niveau de l'insertion du long biceps.
- Diagnostic porté par le Dr X. de début d'une péri-arthrite scapulo-humérale. Il fait un massage de l'épaule, avertissant le malade que si les douleurs persistaient, il faudrait un traitement médical et local par des infiltrations.
- Trois mois plus tard, le malade demande le remboursement des frais médicaux, étant allé consulter d'autres médecins qui lui avaient déclaré que cet état provenait de fausses manoeuvres.

Sans suite.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : Omnipraticien
- Indication de l'acte : logique
- Bilan préalable : radios préalables
- Technique : Elongation légère de la colonne lombaire
Assouplissement du rachis
Massage de tout le dos
Décontraction des régions les plus contracturées
- Surveillance : bonne.

Discussion

Le Dr X. n'a commis aucune faute professionnelle, l'indication de manipuler était logique, et il s'est assuré de l'état de la malade par des radios préalables.

Observation n° 52

Acte en cause : Séance de vertébrothérapie

Date des faits : 1965

Date de la réclamation : 1965

Les faits :

- Mme G., 54 ans, ouvrière d'usine.
- Traitée depuis plusieurs années pour arthrose du rachis cervico-dorsal compliquée d'une péri-arthrite scapulo-humérale droite.
- Devant l'inefficacité des divers traitements, son médecin traitant l'adresse à un confrère rhumatologue pour pratiquer des séances de vertébrothérapie et élongations.
- La malade était toujours sous corticoïdes.
- En Novembre 1965, après une de ces séances ; vives douleurs de la région dorsale.
- Radio : existence de fractures des dixièmes et onzièmes arcs costaux postérieurs gauches.
- La malade fut en arrêt de travail pendant un mois.
Traitée par contention thoracique et antalgiques.
- La malade attaque son médecin.
- Il y eut un règlement amiable.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :
- Technique : massages para-vertébraux
Manipulation vertébrale avec mouvement hélicoïdal de la
colonne dorso-lombaire.
- Surveillance.

Discussion :

Les fractures de côtes semblent devoir être la conséquence de la thérapeutique entreprise.

Cette malade pouvait présenter une ostéoporose post-ménoposique aggravée par le traitement corticoïde auquel elle était soumise et c'est la manipulation sur ce terrain fragilisé, qui a entraîné les fractures.

Conclusion :

La faute du médecin peut être retenue, et il y a relation de cause à effet entre le préjudice et la faute aux dires des experts.

D'où transaction après expertise :

- praetium doloris très léger
- IPP à 2%
- Règlement de 2 500 F.

Observation n° 53

Acte en cause : Manipulation vertébrale

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1969.

Les faits :

- Mme M..., 50 ans.
- Douleurs localisées au niveau du cou.
- Après radios, diagnostic de névrite cervico-brachiale porté.
- En Janvier 1967, consulte le Dr K., rhumatologue, qui conteste le diagnostic et pratique des manipulations au niveau des vertèbres cervicales.

- Lors d'une séance, le 31.I.1967, Mme M. ressent une vive douleur et présente un étourdissement sans perte de connaissance.
- Depuis, les douleurs augmentent et diffusent à tout le corps.
- Malgré les consultations de différents praticiens, les douleurs ne cessent pas.
- Mme N. impute cet état aux manipulations maladroites ou imprudentes pratiquées par le Dr X.

Affaire en cours : Tribunal Civil

Expertise

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : radiologie
- Technique : non précise.
- Surveillance :

Discussion :

Le Dr X. a fait subir à Mme N. deux séances de manipulation cervicale pour cervicalgies, à la suite de la 2^e séance, Mme N. a accusé des douleurs vives qu'elle conserve et qu'elle impute à la manipulation.

Selon les experts :

- Il n'est pas établi que l'indication de recourir à ce procédé thérapeutique ait été réellement justifiée.

- Il n'est pas établi que la manipulation ait été effectuée avec toute la prudence nécessaire.

- Les troubles dont se plaint Mme N. sont essentiellement d'ordre névrotique.

Acte en cause : Manipulation vertébrale.

Date des faits : mai 1967

Date de réclamation : Novembre 1967

Les faits :

- Mme G., 59 ans.
- 23.4.67 : renversée par un chien, présente un lombago hyperalgique
- Dr X. traitant : diagnostic d'entorse discale lombaire
radio non mentionnée
traitement médicamenteux et repos absolu au lit.
- 13 Mai : très améliorée, part pour Antibes.
- 18 Mai : consulte le Dr Y., omni praticien, qui trouve raideur dorsale et pratique une manipulation classique d'assouplissement du rachis dorsal.
- Radio préalable non précisée.
- Le soir, Mme G. présente des douleurs vives entre les deux omoplates.
- 20 Mai : consulte à nouveau le Dr Y. qui propose une manipulation cervicale et de l'aspirine.
- 27 Mai : Douleurs augmentent, Dr Y. fait une infiltration.
- Nouvelle consultation du Dr Z., rhumatologue, qui porte le diagnostic d'entorse discale et fait pratiquer des radios.
- Radios : déminéralisation diffuse avec scoliose, et réactions arthrosiques dans la concavité des courbures, mais pas d'image traumatique.
- Nouvelle consultation du Dr U. rhumatologue, qui confirme le diagnostic du Dr Z.
- Mme G. porte plainte contre le Dr Y.

Affaire en cours.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omni praticien
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : pas de radio préalable avant manipulation en cours.
Bilan sanguin fait.
- Technique :
- Surveillance :

Discussion :

On pourrait reprocher au Dr Y. d'avoir pratiqué une manipulation sans radio préalable : cette omission peut être considérée comme une faute, mais il ne semble pas qu'elle puisse être retenue contre lui, les radios ultérieures ne montrant aucune image traumatique, mais montrant seulement de discrètes réactions arthrosiques et une cyphoscoliose, qui ne contre-indiquent pas la manipulation.

Mme G. présente un contexte psychique particulier, le nombre de médecins consultés le prouve.

La faute du Dr Y. peut ne pas avoir de lien direct avec l'état douloureux dont se plaint la malade.

Observation n° 55

Acte en cause : Elongations vertébrales

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1969

Les faits

- Mr M., 40 ans, souffre de sciatique depuis 6 ans.
- Il consulte le Dr X. rhumatologue, qui lui ordonne une série de dix séances d'élongations avec infiltrations.
- Les deux premières séances ont lieu sans incident.
- Le 18.II.67, à la troisième : douleurs très violentes de la région lombaire. Difficulté pour rentrer chez lui et doit s'aliter.
- Le 18 : Douleurs importantes, le Dr X. prescrit des calmants.
- Le 20 : Persistance des douleurs, marche difficile, difficulté pour uriner. Il téléphone au Dr X. qui prescrit par téléphone des injections intra-veineuses de dibromuré d'atropine.
- Le 22 : impossibilité d'uriner.
- Le 23 : Marche impossible. Anurie. Hospitalisation.
- Le 24 : Intervention pour hernie discale.

Les radios ne montrent rien de plus que celles de 1961.

- Mr M... a repris son travail après trois mois et demi.
- Suite : gêne à la marche et insensibilité du périnée.

Tribunal Civil

Expertise

Affaire en cours.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte : satisfaisante.
- Bilan préalable : examen radiologique fait.
- Technique : élongation pratiquée sur une table, type Levernieux, améliorée par lui-même.
- Surveillance : à distance par téléphone.

Discussion

L'indication de la manipulation était bonne.

Il y a eu un accident, mais non une faute au moment de la manipulation.

Il y a eu faute d'avoir attendu cinq jours : le fait d'avoir attendu pour poser l'indication opératoire, peut-être tenu pour responsable du résultat insuffisant de l'intervention avec persistance d'un syndrome de la queue de cheval.

Conclusion :

Il n'existe pas de relation de cause à effet entre la manipulation et la persistance du syndrome de la queue de cheval, mais il eut été préférable que la surveillance du patient ne se fit pas par téléphone.

Observation n° 56

Acte en cause : Mobilisation des genoux.

Date des faits : 1957

Date de la réclamation : 1957

Les faits :

- Mme M., 84 ans.
- Lombalgies traitées depuis 4 mois par des mobilisations discrètes de la colonne lombaire.

- En juillet 1957, lors de sa dernière visite, la malade se plaint de ses genoux.
Le médecin, Dr X., omnipraticien, mobilise alors successivement le genou droit et le genou gauche.
- A la suite de cette mobilisation : fêlure incomplète du péroné, confirmée radiologiquement.
- Conservation d'une insécurité dans la marche.
- La patiente demande le remboursement des frais.
- Il y a transaction amiable : le médecin verse à la malade la somme de 209.000 F.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : non précisée
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : non fait, en particulier pas de radios préalables des genoux.
- Technique : fléchissement du genou au maximum en interposant l'avant-bras dans le creux poplité.
- Surveillance :

Discussion :

La responsabilité médicale est évidente, le médecin ayant effectué cette manipulation sans radio préalable.

A l'aide des radios faites ultérieurement, trois raisons peuvent expliquer cet accident :

- 1.- La fragilité osseuse de cette femme de 84 ans
- 2.- Son extrême maigreur, qui a fait, qu'au lieu que la pression soit reçue par son muscle du mollet, seul le péroné saillant en arrière, a reçu cette pression.
- 3.- Une conformation congénitale imprévisible : un péroné gauche anormalement grêle.

Observation n° 57

Acte en cause : Séance de gymnastique médicale.

Date des faits : 1962

Date de la réclamation : 1962

Les faits :

- Mme R.
- Le 10.4.62 : au cours d'une leçon de gymnastique médicale donnée par le Dr X. omni praticien, s'est déplacée le ménisque droit du genou gauche, et fait un épanchement de synovie.
- Il n'y a pas eu de réclamation.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : omni praticien
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable : non fait.
- Technique : banal mouvement le long d'une chaise.
- Surveillance : bonne.

Discussion

L'accident dont a été victime Mme R. ne pouvait pas engager la responsabilité du Dr X. puisqu'il s'est produit alors qu'elle effectuait un mouvement banal.

Observation n° 58

Acte en cause : Séance d'ionisation (Electrothérapie)

Date des faits : 1961

Date de la réclamation : 1962

Les faits :

- Mr B., 54 ans.
- Accident de travail. Fracture de la 3^e phalange de l'index droit Envoyé chez le Dr X. rhumatologue pour traitement par mécano thérapie et ionisation.

- Lors de la 5^e séance : brûlure qui se surinfecte et nécessite un traitement par antibiotiques.
- Arrêt de travail de 52 jours (alors que l'accident n'avait pas entraîné d'arrêt de travail).
- La Caisse de Sécurité Sociale demande le remboursement des frais supplémentaires.
- Transaction amiable.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : rhumatologue.
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable:
- Technique : séance d'ionisation (courant galvanique)
- Surveillance attentive.

Discussion

La responsabilité du médecin est indiscutable. Les séances d'ionisation sont des actes d'électrothérapie et non de radiothérapie. Il ne peut être question de doses. Au cours de ces séances, une brûlure qui est un accident purement mécanique est survenue. Ce traitement ne doit normalement pas entraîner de brûlures. Il s'agit donc d'un accident thérapeutique qui a prolongé de trois semaines la période de rééducation et d'arrêt de travail.

Observation n° 59

Acte en cause : Gymnastique médicale

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1968.

Les faits :

- Mr B., 45 ans.
- En Mai 1968, après séance de gymnastique et de massages pour rhumatisme dorso-lombaire, a présenté un malaise avec chute et perte de connaissance de quelques secondes.
- 2 heures après, le malade rentre chez lui, avec un pouls normal.

- Hospitalisation l'après-midi.
- Radio du crâne et électro-encéphalogramme pratiqués : normaux.
- Sans suite.

Les conditions techniques :

- Qualification du praticien : kinésithérapeute
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :
- Technique :
- Surveillance :

Discussion :

Aucune relation.

Sujet aux malaises depuis quelques mois.

Observation n° 60

Acte en cause : Massages par kinésithérapeute

Date des faits : 1968

Date de la réclamation : 1968.

Les faits :

- Mme T.
- Lors d'une séance de massages : douleur de l'hémi-thorax gauche.
- Radio pratiquée : pas de lésion costale osseuse.
- La malade présente une luxation de côte qui a nécessité une thérapeutique anti-algique pendant trois semaines.

Les conditions techniques

- Qualification du praticien : kinésithérapeute
- Indication de l'acte :
- Bilan préalable :
- Technique :
- Surveillance :

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Discussion :

Responsabilité évidente.

Il y a transaction : indemnité de 200 F versée à Mme T.

Observation n° 61

Acte en cause : Négligence administrative.

Date des faits : 1967

Date de la réclamation : 1967

Les faits :

- Mr M...
- Souvent traité pour sciatique par manipulations vertébrales et infiltrations.
- La rédaction du certificat final descriptif lui aurait fait perdre deux jours de remboursement.
- Mr M. demande une indemnité matérielle.

Discussion :

La rédaction de certains papiers entrent dans la tâche du médecin et fait partie des servitudes médicales.

COMMENTAIRES GENERAUX

Après l'exposé de ces observations, nous remarquons qu'il y a une majorité de dossiers qui n'ont pas eu de suite :

I - SUR LES 61 DOSSIERS ETUDIES, 11 SONT ENCORE EN COURS

Nous mettrons à part les 11 dossiers qui sont en cours, cela en raison du délai de prescription (de 30 ans) qui permet au malade de ne pas toujours présenter sa réclamation dans l'année qui suit l'affaire, mais plusieurs années, voire plusieurs lustres après.

II - DONC, SUR 50 DOSSIERS, 26 SONT RESTES SANS SUITE, soit une moyenne de 1 sur 2. On peut y voir deux raisons essentielles :

- . A l'heure actuelle, les médecins déclarent à leur assurance plus volontiers les incidents ou accidents professionnels pour lesquels ils craignent une mise en cause avant même que "la victime supposée" n'introduise une réclamation.
- . Parfois, il y a bien une réclamation écrite ou verbale du malade ou de la famille, mais cette réclamation n'est suivie d'aucune véritable action :

soit que la victime supposée se rende compte qu'il n'y a rien à reprocher au médecin;

soit que l'objet de la réclamation et le geste reproché n'aient aucun lien.

- 10 n'ont pas fait l'objet de plainte de la part du malade, alors que le médecin avait fait une déclaration prudente.

- Dans 9 cas, le malade a porté plainte, puis a abandonné l'affaire, le médecin n'ayant véritablement commis aucune faute.

- Dans 4 cas, il n'y avait à l'évidence aucune relation entre la réclamation et l'acte médical.

A ce sujet, il faut remarquer que la pratique de la rhumatologie s'inscrit dans la même moyenne que la pratique médicale en général, c'est-à-dire qu'une déclaration sur 2 reste sans suite. Les malades soumis à des actes de rhumatologie ne sont ni plus ni moins revendicateurs que l'ensemble des patients.

III - 16 AFFAIRES ONT ETE PORTEES DEVANT LA JUSTICE

14 devant les tribunaux civils, dont :

7 ont fait l'objet d'une décision

7 sont encore en cours

2 devant la juridiction pénale.

IV - 4 DOSSIERS SONT EN ATTENTE DE SOLUTION

V - 15 DOSSIERS ONT ETE CLOS PAR UNE TRANSACTION.

COMMENTAIRES MEDICO-JURIDIQUES

I - LES NOTIONS DE "CONSENTEMENT ECLAIRÉ" ET DE "PERTE DE CHANCE" DU MALADE

- Parmi ces dossiers de rhumatologie couvrant une période de 20 ans, de Janvier 1959 à Décembre 1969, nous remarquons que les récentes notions de "consentement éclairé" et de "perte de chance" n'ont jamais été invoquées pour introduire une quelconque action contre un médecin à l'occasion de la pratique rhumatologique. La jurisprudence à venir nous dira la place que risquent de prendre ces notions dans le cadre de la responsabilité professionnelle.

Le consentement éclairé - Selon la jurisprudence, le médecin et son malade sont liés par un contrat tacite de soins. Normalement, à un contrat les deux parties doivent apporter leur consentement. C'est une notion exigée de tout temps. Les juristes estiment que les risques normaux d'un acte médical doivent être exposés au malade, mais que les risques anormaux ou exceptionnels n'ont pas nécessairement à être évoqués, de même que le médecin se doit d'expliquer clairement à son malade de quelle affection il souffre et quelle attitude il a décidé d'adopter. Cependant, l'article 34 du décret de 1955 (Code de déontologie) stipule qu'un pronostic grave peut être légitimement dissimulé à un malade.

D'une manière générale, les condamnations par défaut de consentement paraissent de plus en plus nombreuses.

La perte de chance - Dans un arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 23 Avril 1969, confirmé par la Cour de Cassation le 27 Janvier 1970, on lit qu'il ne suffit pas, quand les risques se réalisent au cours d'une intervention, d'établir qu'il n'a rien été fait qui ait concouru à leur survenance. Le médecin doit avoir pris toutes les dispositions utiles pour y porter remède, dans les conditions les plus efficaces, et en limiter les conséquences.

Ainsi, pour une injection locale de novocaïne suivie de choc, il y a eu condamnation par perte de chance attendu qu'il n'y avait pas de médecin anesthesiste-réanimateur présent capable d'aider à une éventuelle réanimation. La Cour a estimé qu'il y avait eu perte de chance de survie de l'opéré, et que le médecin en devait réparation.

Cette manière d'envisager les faits implique de sérieuses réserves, la notion de chance se fondant sur une éventualité ou une hypothèse. Il n'est nullement prouvé que cette chance existe effectivement, ni qu'elle se réalisera. D'ailleurs, le Doyen SAVATIER -(Faculté de Droit et Sciences Economiques de Poitiers) écrit à ce sujet dans le Recueil Dalloz du 16 Septembre 1970 : "... Ce qu'on appelle improprement chance, c'est l'insuffisance de l'information du juge sur le déroulement suivant lequel le destin a enchaîné les événements". "Si vraiment la présomption de fait dont le juge déduit une vraisemblance sur la causalité du dommage est assez forte pour entraîner sa conviction, quant à l'existence de cette causalité, alors qu'il ose affirmer celle-ci ! La charge de la preuve sera renversée, et la condamnation légalement justifiée. Mais s'il hésite au point de n'oser affirmer cette conviction, alors, toute condamnation même à une indemnité dévaluée, nous semble inadmissible ! ".

II - LA NOTION DE FAUTE PROFESSIONNELLE DU MEDECIN, LA RECLAMATION ET SES SUITES

- C'est donc sur la notion de faute, dans toutes les affaires rhumatologiques étudiées, que reposent les suites données aux réclamations du malade, suites judiciaires, ou suites amiables - avec ou sans transaction.

A - La procédure devant les tribunaux civil et pénal

Sur nos 50 dossiers terminés :

9 ont fait l'objet d'une procédure :

8 devant le tribunal civil

1 devant la justice pénale.

Nous rappellerons brièvement les caractères de la justice civile qui tend à indemniser une victime, et de la justice pénale qui vise à punir un coupable.

La responsabilité civile est une responsabilité contractuelle : le médecin et son malade sont liés par un contrat tacite, le médecin s'engageant à dispenser à son client "des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science".

Traditionnellement, pour que la responsabilité d'un médecin soit engagée il faut que soient démontrés :

- une faute dont la preuve est à la charge du malade;
- un préjudice;
- et une relation certaine de cause à effet entre la faute commise et le préjudice subi.

La responsabilité est certaine dès lors que la faute du médecin est à la fois reconnue et génératrice du préjudice.

La responsabilité pénale est une responsabilité délictuelle : le médecin relève de cette procédure dans trois circonstances :

- homicide par imprudence
- coups et blessures par imprudence
- non assistance à personne en péril.

La justice pénale doit punir un coupable et prononce des peines personnelles : amende pénale, voire même prison (avec ou sans sursis) qui, certes, ne peuvent être prises en charge par une assurance, et sont toujours inscrites au casier judiciaire, avec les conséquences sociales et professionnelles que cela implique.

Nous avons donc une nette prédominance d'affaires passant devant le tribunal civil, les actions judiciaires résultant moins d'une animosité personnelle contre le médecin supposé responsable que d'un désir d'indemnisation. Par ailleurs il est plus difficile, pour le plaignant, d'obtenir une condamnation par le tribunal correctionnel devant qui le doute profite toujours à l'accusé, alors

que la juridiction civile est plus large dans l'appréciation de la faute, d'autant que la condamnation n'a que des conséquences pécuniaires, le plus souvent prises en charge par la compagnie d'assurance.

50 dossiers terminés 9 décision de justice	
<u>Procédure civile</u>	
1 condamnation	Obs. 33
4 déboutement du demandeur	" 4
	" 6
	" 26
	" 34
1 désistement en cours de procédure	" 36
1 transaction en cours de procédure	" 3
1 déclaration d'incompétence du tribunal	" 47
<u>Procédure pénale</u>	
1 non-lieu	" 44

La condamnation au tribunal civil a été prononcée pour une faute de technique dans l'injection intra-fessière de phénylbutazone qui a entraîné une atteinte d'une branche sensitive du nerf sciatique, malgré la présence d'une large cicatrice au niveau de cette zone dangereuse de la fesse.

La transaction indemnisa les suites logiques d'une faute caractérisée, interrompant du même coup la procédure.

Dans un cas, la juridiction civile se déclara incompétente, l'acte en cause ayant été effectué par le praticien dans le cadre de l'exercice hospitalier public, le responsable éventuel étant alors l'Administration. Cet exemple

illustre la différence fondamentale existant dans le cadre de la responsabilité professionnelle entre l'exercice privé de la médecine (qu'il soit libéral ou salarié) et l'exercice public. Dans le premier cas, le médecin est lui-même civilement responsable de son activité et de celle de ses préposés; dans le second, il n'engage personnellement que sa responsabilité pénale, la responsabilité civile étant le fait de l'administration.

61 dossiers : 11 affaires en cours

- 7 devant la juridiction civile

Observations n° 40, 41, 45,
n° 46, 53, 55.

peuvent être plaidées avec succès,
sauf peut-être une seule.

- 4 en attente

Observations n° 17, 19
n° 21, 54

dont un dossier difficile à défendre.

7 affaires sont en cours devant la juridiction civile. La plupart seront sans doute plaidées avec succès par les défenseurs des praticiens.

4 dossiers sont en attente de classement sans suite, ou, pour une d'entre elle, une transaction indemnisant le préjudice.

B - La procédure transactionnelle

Il est remarquable de noter qu'une seule décision d'indemnisation sur les 50 affaires terminées a été la conséquence d'un jugement condamnant un praticien. Les quinze autres décisions d'indemnisation ont été la conclusion d'une transaction menée à bien pour ses adhérents par la Société Médicale d'Assurance et de Défense Professionnelle "Le Sou Médical".

Ceci éclaire bien la conception rigoureuse qu'ont de la responsabilité professionnelle, les médecins et leurs assureurs.

Les Médecins ne se dérobent pas et font volontiers face à leurs responsabilités.

Ils font preuve d'une sage prudence, dès qu'un accident ou incident leur paraît être la conséquence de leurs actes, et en font volontiers déclaration à leur compagnie d'assurance, souvent même (10 fois sur 61 dans notre étude) en l'absence de toute réclamation de la victime supposée.

Ils donnent eux-mêmes, souvent sans réserve, tous les éléments susceptibles d'établir leur responsabilité, faisant parfois apparaître un sentiment excessif de culpabilité.

Ceci tient sans doute à différentes raisons :

- la première, certes, est la conscience du devoir envers le malade;
- sans doute également le souci de lui voir attribuer rapidement un dédommagement par l'assurance, coupant court à toute action ultérieure;
- le désir compréhensible de limiter au maximum le bruit que peut engendrer toute affaire de responsabilité avec les conséquences professionnelles que cela implique;
- et surtout l'inquiétude de voir porter l'affaire en justice, qui fait volontiers accepter au médecin l'idée d'un dédommagement amiable consédé sans que la faute soit établie, plutôt qu'un procès, même plaidé avec de grandes chances.

Les sociétés d'assurance savent également faire face à leurs engagements et une compagnie comme le Sou Médical instruit, grâce à l'équipe médico-juridique qui l'anime, ses dossiers de telle sorte qu'elle est en mesure d'apprécier précisément s'il y a faute, s'il y a préjudice, et si le lien de l'un à l'autre doit entraîner une indemnisation. Dans l'affirmative, elle pousse à la transaction, dans le cas contraire, si le demandeur persiste, elle n'hésite pas à plaider avec une forte proportion de succès.

50 dossiers terminés : 15 transactions

10 imposées par une faute caractérisée

Observations n° 3, 11, 27, 30, 42,
49, 52, 56, 58, 60

5 imposées par l'absence de dossier
suffisant pour plaider utilement.

Observations n° 7, 14, 18, 22, 35.

30% des affaires terminées, 25% de la totalité des affaires de rhumatologie étudiées ont donc fait l'objet d'une transaction.

L'étude de ces quinze dossiers fait immédiatement apparaître que l'indemnisation de la victime a paru équitable dans 10 cas en raison d'une faute caractérisée, mais que dans cinq cas, c'est l'insuffisance d'éléments connus du dossier médical qui a conduit à la transaction, rendant la défense quasi impossible devant la réclamation.

C - Pas de procédure - Affaires classées sans suite

Cette remarque nous a incités à étudier sous cet angle les 26 affaires (la moitié des affaires terminées) classées la plupart du temps en raison de l'absence de réclamation du patient (10 fois) ou de son désistement en cours de réclamation (9 fois).

50 affaires terminées 26 affaires classées sans suite		
Si une procédure judiciaire avait été ouverte		
auraient permis de rejeter la responsabilité de manière évidente :	auraient été difficiles à plaider en raison de l'état du dossier :	auraient été plaidées avec de solides arguments de défense :
l'observation n° 2	l'observation n° 1	l'observation n° 16
" 12	" 5	" 18
" 13	" 9	" 28
" 23	" 10	" 29
" 24	" 15	" 31
" 38	" 48	" 25
" 51	" 50	" 32
" 57		" 37
" 59		" 39
		" 43
Nombre de dossiers 9	Nombre de dossiers 7	Nombre de dossiers 10

Il ressort de cette étude schématisée dans le tableau 4 :

- qu'un tiers de dossiers ne pouvaient avoir aucune suite véritable, la responsabilité du praticien n'était manifestement pas engagée.
- Que plus du tiers auraient pu être plaidés avec de bonnes chances de succès, les éléments du dossier permettant une défense satisfaisante.
- Qu'un peu moins d'un tiers, par contre, aurait été difficiles à plaider, en raison même de l'insuffisance de dossiers médicaux.

COMMENTAIRES TECHNIQUES

Les 61 observations d'accidents ou incidents imputés à la pratique rhumatologique illustrent bien le fait que c'est au geste technique (diagnostique ou thérapeutique) que les malades attribuent l'origine de certaines complications ou désordres survenus après un acte médical.

Nous proposons de reprendre ici rapidement, en les groupant par similitude, les gestes mis en cause et leurs conséquences supposées avant de dégager éventuellement les points de vulnérabilité médicale à l'occasion de la pratique rhumatologique, puis de contribuer à aider à la prévention des véritables complications d'actes rhumatologiques et, par voie de conséquence, à la prévention de la mise en cause de la responsabilité médicale.

Ponction et injection intra-articulaires

Arthrographie

Il est notoire que toute exploration mécanique ou introduction médicamenteuse dans une articulation comporte un risque majeur d'infection. Nos observations ne font que constater une fois de plus la réalité de ce risque et les séquelles parfois dramatiques qu'il comporte. Nous ne reprendrons pas ici la description des arthrites purulentes dites cortisoniques; nous contentant de rappeler la possibilité d'arthrites aseptiques microcristallines.

LES PONCTIONS ARTICULAIRES SIMPLES

Nous remarquerons toutefois que nous n'avons, dans nos dossiers, aucune tentative de mise en cause de la responsabilité d'un médecin pour un accident survenu après une simple ponction articulaire. C'est un fait négatif que nous n'interpréterons pas sans réserve. La ponction diagnostique isolée est sans doute rare dans la pratique médicale. La tentation est grande (et légitime pour

soulager le patient) de "profiter" de ce qu'une aiguille est en place pour injecter une drogue dans la jointure.

INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES ET ARTHROGRAPHIES

- Sur 61 dossiers ouverts

41 l'ont été à la suite d'injection intra-articulaire
9 dans un but diagnostique par arthrographie
32 dans un but thérapeutique par injection médicamenteuse
intra-articulaire.

. Les articulations privilégiées

- sur 41 articulations en cause :

18 fois c'est l'épaule (dont une seule arthrographie)
14 fois le genou, dont 7 arthrographies.
qui ont été l'objet d'actes secondairement litigieux.

. Accident mécanique : l'aiguille brisée

- nous décomptons 8 aiguilles brisées pour 41 accidents au
cours d'injections intra-articulaires !

Une fois sur cinq l'accident est donc mécanique, cette proportion est importante et une telle constatation devrait permettre de déboucher sur des mesures pratiques préventives concernant la qualité du matériel utilisé.

. Accident inflammatoire : l'arthrite post-injection articulaire

- Sur les 32 accidents d'arthrite attribués à une injection
intra-articulaire :

4 se sont révélées aseptiques et entrent sans doute dans le cadre des arthrites physiques (les arthrites microcristallines) chimiques ou allergiques.

8 arthrites septiques bactériologiquement confirmées évoquent l'infection exogène liée à l'infiltration, encore que dans 5 cas, l'absence de bilan préalable n'a pas permis de déceler un état infectieux général ou local antérieur.

16 arthrites n'ont pas fait l'objet d'une étude étiologique secondaire.

- Les produits injectés sont l'air et les produits iodés pour l'arthrographie, les corticoïdes (en suspension ou en solution) pour les traitements locaux. La pratique de la synoviorthèse est trop récente, encore trop "hospitalière" pour que des incidents aient déclenché une action en responsabilité en pratique libérale, mais on peut penser qu'elle comporte en elle-même un risque non négligeable.

- Les praticiens mis en cause, ayant une qualification précise, témoignant d'une large pratique de ces techniques, sont 14 sur 32. Aucune qualification définie ne figure au dossier des autres (18).
- Le dossier médical, dans 17 cas, ne permet pas de justifier, ou même d'apprécier, sans réserve, l'indication de l'acte incriminé.
- Les conditions techniques, dans 16 cas, sont imprécises, dans 7 cas elles ne répondent pas aux conditions de sécurité indispensables.

- La fréquence de la périarthrite de l'épaule, de l'arthrose du genou; la renommée des thérapeutiques anti-inflammatoires locales dans ces deux maladies et la facilité technique d'accès des éléments périarticulaires pour l'épaule, de la cavité articulaire pour le genou; la non-spécialisation des praticiens en cause, montrent bien que ces gestes dits "rhumatologiques" sont en fait entrés dans la pratique médicale courante. Cela justifie la nécessité non pas de réserver les traitements locaux par injection intra-articulaire au rhumatologue, mais de mieux informer, voire de mieux former, les médecins généralistes.

Saccoradiculographie par produits de contraste

Les trois accidents de notre série confirment ce que B. FIGUET, R. VERSPYCK, et F. COSTE rapportaient dès 1963 à la Ligue Française contre le Rhumatisme. La méthode d'exploration du cul de sac dural et de son contenu par le mono-iodo-

méthane sulfonate de sodium à 20% "peut être suivie, entre autres troubles neurologiques, d'un syndrome de la queue de cheval, de gravité et de fréquence variables". Leur taux de fréquence, suivant les auteurs, varie de 4 à 8 %.

Quelles que soient les précautions techniques prises, ce risque existe. Les conditions de l'indication d'un tel examen, le consentement "éclairé" du patient et bien entendu la qualité de son exécution seront les éléments qui donneront au malade comme au médecin les meilleures garanties de sécurité.

Les traitements physiques

Manipulations vertébrales

Dans nos 14 observations de médecine physique, les mises en cause vont du véritable accident thérapeutique (fracture de côte) aux conséquences normales de la pathologie traitée (radiculalgie évoluant malgré les manipulations) en passant par des complications imprévisibles mais classiques (une manipulation ou une traction vertébrale complète une hernie discale qui doit être opérée) et des réclamations les plus inattendues prétendent, des années après, qu'un traitement manipulatif indolore et sans complication immédiate est la cause d'une reprise aggravée de la pathologie.

- Sur ces 14 observations :

- 4 actes mis en cause ont été le fait de médecins spécialistes
- 8 ont été pratiqués par des médecins sans qualification précisée
- 1 accident est survenu au cours d'un traitement effectué par un masseur-kinésithérapeute-rééducateur.

Hormis les accidents évidents (fractures) ou les fautes caractérisées (brûlures par ionisation) seules les observations comportant un dossier médical complet ont permis une défense satisfaisante du praticien.

C'est dans ce lot qu'une réclamation inattendue (imputant au médecin les conséquences administratives d'un défaut de certificat) montre l'étendue du domaine où la responsabilité médicale peut être recherchée.

Il n'est sans doute pas d'acte de pratique médicale qui ne comporte un versant psychologique plus vaste que les actes justement appelés de "médecine physique" dit J. POULETTY.

Les thérapeutiques manuelles vont de celles qui nécessitent de la part du praticien les meilleures qualités d'habileté technique et les meilleures qualités morales. Les manoeuvres de mobilisation passive et, à fortiori, les manipulations vertébrales supposent, de la part du malade, une confiance absolue, fondée sur l'idée parfois mystique de s'abandonner aux "mains du miracle" auxquelles des pages entières de magazines, quand ce ne sont pas des livres, de pseudo-vulgarisation scientifique, sont régulièrement consacrés.

Les conditions mêmes de cette pratique médicale font que l'accident thérapeutique, ou simplement l'espoir déçu, poussent volontiers les patients à se poser en victime du praticien, surtout lorsque celui-ci agit dans le cadre de la légalité. Il faut bien remarquer en effet que les nombreux illégaux (vertébrothérapeutes de tous poils, pourvus de titres les plus divers, souvent autodécernés, ailleurs délivrés par des officines étrangères, hélas confondus parfois avec celui de kinésithérapeute) qui manipulent sans vergogne les douloureux et les autres, sont paradoxalement à l'abri de nombreuses réclamations par le fait même que leurs victimes, jurant mais un peu tard qu'on ne les y prendrait plus, n'osent pas étaler leur naïve crédulité, et que les médecins appelés à constater et à traiter les accidents n'ont pas une mentalité de délateurs.

Les "petits gestes" de pratique courante

Trois injections intra-articulaires partiquées par des médecins ont eu des suites dramatiques :

- une injection d'A.C.T.H. a été suivie d'un choc irréversible;
- dans deux cas, une injection de phénylbutazone a provoqué une paralysie tronculaire sciatique.

C'est dire qu'il n'y a pas de "petit geste" en médecine et que chaque acte de pratique médicale peut mettre en cause la responsabilité professionnelle.

PREVENIR CERTAINS ACCIDENTS
DE PRATIQUE RHUMATOLOGIQUE

Infiltrations articulaires

La gravité de certaines complications articulaires ou générales des thérapeutiques intra-articulaires nous incite à reprendre, avec J. POULETTY et M. CALONI, un certain nombre de points susceptibles d'en limiter la survenue.

Certes, on sait qu'une technique irréprochable pour une injection intra-articulaire bien indiquée n'élimine pas le risque imprévisible de certaines complications, dont l'arthrite cortisonique amicrobienne est l'exemple type. Elle met néanmoins le malade dans les meilleures conditions de sécurité et le médecin à l'abri de condamnations parfois lourdes.

Quatre étapes de l'acte médical constituent trop souvent des "points faibles" vulnérables en cas de mise en cause :

- Première étape : l'indication thérapeutique : il est indispensable de justifier une injection intra ou périarticulaire par un diagnostic précis appuyé non seulement sur les données cliniques, mais sur un bilan biologique et radiologique solide. L'infiltration d'une articulation, avec des corticoïdes surtout, ne peut pas être un geste improvisé en urgence.

- Deuxième étape : les examens complémentaires préalables. Un diagnostic établi depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois avec un dossier radiologique ou biologique déjà ancien ne dispense pas d'un contrôle radiographique et d'examens de laboratoires récents : une vitesse de sédimentation et un hémogramme au minimum.

- Troisième étape : la technique des injections intra-articulaires doit être rigoureuse

Le matériel

- seringue et aiguilles ne seront employées qu'à cet effet
- les aiguilles seront neuves. La solidité de leur embase sera vérifiée avec chaque stérilisation
- seringue et aiguille seront placées dans un tube ou une boîte avec un tube témoin, stérilisées à sec pendant une heure et demie à 170°
- le matériel stérile sera conservé dans une réserve spéciale.
- on vérifiera le virage du tube témoin
- après usage, le lavage du matériel sera soigneux.

Le produit médicamenteux

- il faut éviter l'emploi de flacons multidoses.
- conserver, même dans un réfrigérateur, un produit médicamenteux dont le bouchon aura été percé plusieurs fois et qui a été plusieurs fois au contact de l'air (même prélevé au-dessus d'une flamme) ne peut être considéré comme un gage de sécurité.

La désinfection de la peau

- L'injection ou la ponction articulaire doivent être considérées comme des actes chirurgicaux.

La peau et les mains de l'opérateur doivent être désinfectées dans des conditions d'aseptie chirurgicales.

- toute staphylococcie cutanée importante chez le patient doit conduire à renoncer au traitement.

Le geste de l'infiltration ou de la ponction ne s'improvise pas

Il est codifié pour chacune des articulations, doit être appris et appliqué sans fantaisie.

Précisons également, avec J. POULETTY, que la présence de liquide dans l'articulation justifie à nos yeux, avant la première infiltration tout au moins un examen cyto-bactériologique. Une aspiration systématique avant injection aura pour avantage de contrôler l'absence de liquide comme l'absence de sang, évitant ainsi une injection vasculaire concomitante.

- Quatrième étape : l'information du malade : il doit savoir qu'une réaction douloureuse précoce est habituellement bénigne, mais qu'un mouvement fébrile retardé et une poussée fluxionnaire après vingt quatre heures demandent un avis médical urgent.
- Une cinquième étape serait, à l'apparition d'une complication, l'établissement du diagnostic (bactériologique si nécessaire) et la mise en oeuvre rapide et rigoureuse du traitement de la complication.

Arthrographies

"Si les injections médicamenteuses intra-articulaires à visée thérapeutique doivent être considérées comme un acte particulièrement sérieux qui implique une rigueur intellectuelle et technique sans défaillance, il faut savoir que le radiodiagnostic par arthrographie à simple ou à double contraste par injection intra-articulaire d'un produit iodé ou d'air, ou des deux à la fois; voit le risque d'accident augmenté par les manipulations complémentaires (aspiration de l'air, changement de seringue, calibre de l'aiguille). L'arthrographie ne doit jamais être un examen de débrouillage".

Deux remarques s'imposent :

- L'indication d'une arthrographie ne doit se poser qu'après que tous les autres éléments non chirurgicaux du diagnostic d'une arthrographie aient été réunis.

- L'indication d'une arthrographie devrait être réservée (notamment pour le genou) aux cas où le diagnostic suspecté et ainsi confirmé déboucherait sur une sanction thérapeutique spécifique (en particulier chirurgicale). L'arthrographie ne se justifie pas par un souci de finesse diagnostique sans ambition thérapeutique.

Les sacroradiculographies

Plus encore que l'arthrographie, la sacroradiculographie ne peut être un examen de routine.

Elle ne peut être indiquée que dans le cas où seule elle permet le diagnostic. L'indication type pourrait par exemple être de trancher entre les hypothèses de neurinome et de hernie discale. Il nous paraît hors de question de proposer cet examen dans les sciaticques monoradiculaires, témoins évidents d'un conflit discoradiculaire, et mieux vaut laisser au chirurgien le soin d'explorer deux étages intervertébraux plutôt que de rechercher le niveau d'une compression radiculaire par saccoradiculographie.

La responsabilité pathogénique des accidents de la saccoradiculographie peut être attribuée à différents facteurs ou à leur sommation. C'est ainsi, comme le soulignent FIGUET, VERSPYCK et COSTE que peuvent intervenir :

- la simple ponction lombaire
- l'anesthésique
- le produit de contraste
- ou une préparation de corticoïdes associés.

Ainsi, avec ces auteurs, pensons-nous que parmi les mesures préventives de telles complications il convient :

- outre la plus extrême rigueur dans le choix des indications, de tenir compte :

a) Parmi les contre-indications générales :

- . des affections méningées et nerveuses pré-existances ;
- . des perturbations vasculaires générales (hypotension, insuffisance cardiaque...)
- . des sensibilisations antérieures, en particulier aux anesthésiques procainiques et aux dérivés iodés - et aux halogènes;

b) Parmi les conditions prédisposantes :

- . des interventions chirurgicales antérieures sur le fourreau dural;
- . des explorations myélographiques antérieures;

- des signes d'intolérance éventuelles à l'usage antérieur de corticoïdes par voie indurale ou épidurale;

c) De l'élimination de certains risques liés à la technique :

- en utilisant comme anesthésique la xylocaïne à 5% de préférence, sans dépasser 1,5 ml;
- de n'utiliser que des quantités de produit de contraste égales ou inférieures à 10 ml;
- d'éviter l'association systématique par voie intra-durale d'un corticoïde à la myélographie.

C'est dire combien, là encore, en cas d'accident, le médecin doit être en mesure d'en traiter les premières manifestations, et de produire en cas de mise en cause, tous les éléments montrant les conditions précises dans lesquelles il a été pratiqué.

C'est dire aussi combien sont justifiées les recherches tendant à l'utilisation pour la sacroradiculographie d'un produit autre que le mono-iodo-méthane sulfonate de sodium à 20% (méthiodal). Il ne saurait être question de condamner une méthode diagnostique qui rend d'éminents services.

Les manipulations vertébrales

Le risque des thérapeutiques manuelles nous autorise à reprendre, avec J. POULETTY, la distinction que S. de SEZE et Collaborateurs établissent entre les accidents inhérents à la méthode et ceux inhérents à l'opérateur.

La méthode n'est pas sans danger

Quelles que soient la compétence et la prudence du rhumatologue manipulateur le risque des manipulations peut être accru par des dispositions anatomiques, particulièrement au niveau des vaisseaux (artères vertébrales surtout), et une anomalie congénitale ou acquise peut être la cause d'un accident imprévisible. Les anomalies osseuses (apophyse odontoïde libre) ou discales modifiant les données mécaniques exposent à des complications.

Celles-ci sont d'autant plus fréquentes que la manipulation est basse (sans doute parce que l'on manipule plus de rachis lombaires que de rachis cervicaux) d'autant plus graves que la manipulation est haute, avec hémipariés fatales à l'étage cervico-céphalique. A l'étage cervico-dorsal on connaît, hélas différentes formes de paraplégies. A l'étage lombaire une manipulation vertébrale peut transformer une sciatique discale purement sensitive en sciatique paralyzante ou même provoquer une compression médullaire avec syndrome de la queue de cheval et parfois paraplégie flasque.

C'est dire quels doivent être les scrupules, la conscience et la compétence du manipulateur qui saura refuser de manipuler lorsqu'un diagnostic est incertain (particulièrement s'il s'agit de cervicalgies, céphalées ou vertiges) ou lorsque l'état physique (âge, appareil circulatoire) du malade n'est pas sûr. Cela implique un bilan clinique, biologique et surtout radiographique complet avant toute manipulation. C'est dire aussi qu'une manipulation ne doit être renouvelée si elle provoque un malaise parfois lipothymique, des paresthésies ou une exagération des douleurs, une manipulation ne doit pas être douloureuse.

L'opérateur peut être dangereux

L'incompétence médicale, le manque de scrupules, la soif du résultat spectaculaire, l'isolement professionnel du médecin qui deviendrait le "spécialiste trop exclusif" d'un acte thérapeutique devenu geste automatique et d'autant plus dangereux, favorisent les accidents de manipulations.

C'est à ces "manipulateurs indésirables" (De Seze) négligents et insuffisamment instruits, que l'on doit des catastrophes. Ce peut être l'aggravation directe d'une affection non diagnostiquée et l'on sait le danger de manipuler un mal de Pott, un cancer vertébral, une ostéomalacie ou une fracture, mais ce peut être également une aggravation indirecte si le malade, mal traité, ne reçoit pas le traitement spécifique de la maladie. Enfin et surtout, S. de SEZE insiste avec raison sur une complication redoutable des manipulations intempestives : "la fixation névrotique de l'esprit de certains patients sur leur vertèbre prétendue déplacée. On n'insistera jamais assez sur les conséquences désastreuses de cette obsession des vertèbres déplacées que le patient se croit obligé, sous peine d'accident grave, de "faire remettre en place" tous les mois

puis "tous les jours" mais qui "ressautent" au moindre mouvement : de telle sorte que le patient vit dans la hantise de ce prétendu déplacement vertébral, aggravé par l'inquiétude compréhensible de voir ses économies fondre dans un traitement coûteux dont rien ne permet d'entrevoir la fin. Sans compter que cet abus de confiance retarde la prise en considération médicale des véritables problèmes névrotiques qui existent chez ce type de patients et en rend le traitement plus difficile".

Nous venons d'évoquer ici les manipulations en série et leurs conséquences psychiques; il est bien évident qu'elles ne peuvent, par leur répétition, que fragiliser peu à peu les structures articulaires et discales et fabriquer à la longue une véritable pathologie rachidienne chronique.

Conserver la méthode, éliminer les risques

C'est en éliminant au maximum les risques que l'on conservera aux manipulations vertébrales la place de choix qui leur revient dans l'arsenal rhumatologique. Il faut former les rhumatologues et informer les praticiens :

. Former les rhumatologues

L'enseignement des techniques manipulatives doit être lié étroitement à celui de la rhumatologie. La manipulation doit être le geste efficace découlant d'un diagnostic soigneusement établi au terme d'un examen complet. Une solide formation médicale complétée par une solide formation rhumatologique apportera au malade les garanties qu'il peut attendre d'un médecin manipulateur.

. Informer les praticiens :

Le médecin de famille connaît assez peu le problème des manipulations vertébrales. Il est nécessaire qu'il trouve la réponse à la question essentielle : qui peut manipuler ?

Qui peut manipuler ? Le médecin d'abord

L'article 2 de l'arrêté du 6 Janvier 1962 dit que : "ne peut être pratiqués que par des docteurs en médecine conformément à l'article L 372 (1er) du code de la santé publique les actes suivants : toute mobilisation forcée des articula-

tions et toute réduction de déplacements osseux ainsi que toutes manipulations vertébrales et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie ou vertébrothérapie et de chiropraxie".

A ce propos, dans une réponse à un parlementaire (question du 20 Mai 1965) le ministre de la Santé publique et de la population précisait : "en conséquence, les personnes qui, non munies du diplôme d'Etat français de docteur en médecine revendiquant le titre de chiropracteurs, viendraient à effectuer ces traitements, même sous l'autorité d'un médecin, accomplissent un exercice illégal de la médecine..." Et le médecin prescripteur de manipulations vertébrales par un non médecin, même kinésithérapeute, se rendrait complice d'exercice illégal.

Est-ce à dire que le seul titre de docteur en médecine soit suffisant pour pratiquer des manipulations vertébrales en toute quiétude ? Certainement pas, il faut démystifier les techniques manipulatives, les replacer dans le giron de la thérapeutique générale et ne plus en faire une sorte de doctrine médico-philosophique comme on continue trop souvent à le faire pour l'homéopathie ou l'acupuncture. Il ne s'agit pas d'être pour ou contre les manipulations comme on est pour ou contre la peinture abstraite ou le structuralisme. Il s'agit de savoir que les manipulations ont un certain nombre d'indications valables et qu'elles constituent un moyen thérapeutique parmi tant d'autres utilisés en rhumatologie. Il s'agit surtout de savoir que la technique manipulative n'est pas "donnée" au jeune médecin avec son diplôme, mais qu'elle est enseignée dans les Facultés de médecine (Décret du 11 Février 1953) dans le cadre de l'enseignement de la rhumatologie et de la médecine physique.

Qui peut être manipulé ?

On mesure l'extrême importance de cette question. L'indication thérapeutique des manipulations vertébrales ne se pose que dans des cas limités de désordres mécaniques dont la nature et le siège doivent être rigoureusement déterminés. Les travaux de R. MAIGNE et J. THIERRY-MIEG en démontrent la nécessité.

Surtout, il faut savoir qui ne doit pas être manipulé : ce sont tous les sujets porteurs d'une contre-indication, et quiconque n'aura pas fait l'objet d'un bilan préalable complet.

Comment et quand manipuler sont des questions de technique pure, elles ne supportent pas l'improvisation. Elles supposent dans chaque cas la rédaction d'un compte-rendu.

La kinésithérapie

Nous l'avons dit au début de notre étude, si la responsabilité du médecin est engagée dans le cas où un kinésithérapeute (salarie par lui) agit comme son préposé, elle peut l'être également dans le cas où le traitement serait appliqué par un auxiliaire médical libéral si la prescription thérapeutique est erronée ou insuffisante.

La responsabilité du prescripteur

Les techniques kinésithérapeutiques sont trop nombreuses et variées pour qu'une prescription de rééducation ou de massages se réduise à un simple nombre de séances "de gymnastique avec massages". Une telle ordonnance laisse au kinésithérapeute une totale initiative pour laquelle il n'est pas formé, et fait courir au malade un risque inutile. Un accident ou incident survenu dans ces conditions ne saurait être reproché au seul exécutant, mais logiquement aussi à l'ordonnateur. Leur prévention réside en une collaboration plus étroite entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, en une meilleure connaissance pour les premiers de la compétence des seconds et des techniques qu'ils peuvent utiliser.

La responsabilité du kinésithérapeute

Dès lors qu'un kinésithérapeute effectue un acte quelconque en dehors d'une prescription médicale, il commet une faute professionnelle. La meilleure prévention du risque professionnel pour un masseur est donc de ne pas céder à la tentation de recevoir, examiner et traiter directement des malades.

Nous l'avons vu à propos des manipulations vertébrales, certains actes, même prescrits par un médecin, même effectués sous un contrôle médical direct, sont interdits aux kinésithérapeutes. Effectuer une manipulation constitue pour eux une faute et le médecin qui tenterait de couvrir ce geste se rendrait complice d'exercice illégal de la médecine.

En théorie, cette interdiction formelle protège assez bien les malades. En fait, non car il existe une disposition assez dangereuse qui autorise les kinésithérapeutes à "mobiliser" un segment articulaire qu'ils n'ont pas le droit de "manipuler". Un peu d'inconscience ou d'hypocrisie permet hélas trop souvent de tourner la réglementation.

Mobilisation autorisée - manipulation interdite

Il faut reprendre les définitions de MAIGNE pour voir à quel point il est aisé de transformer une mobilisation en manipulation vertébrale, de baptiser mobilisation une manipulation effective :

La mobilisation se fait en deux temps. Dans un premier temps, le praticien saisit la tête du patient à deux mains et la porte lentement en rotation entraînant le cou. C'est la mise en position. Bientôt, il ne peut aller plus loin, percevant une résistance. Le patient, comme lui-même, ont l'impression que le mouvement ne peut aller au-delà. En maintenant sa pression contre cette résistance, il réalise une "mise en tension", deuxième temps de la mobilisation en rotation (droite ou gauche) qui pourra être répétée.

La manipulation se fait en trois temps, dont les deux premiers sont identiques à ceux de la mobilisation et préparent le 3e temps que MAIGNE appelle "la poussée manipulative". Ayant "mis en tension" et sans la relâcher, le manipulateur exagère brusquement d'un petit coup sec du poignet la rotation. Il a soudain l'impression d'avoir vaincu une résistance, perçoit un brusque sursaut accompagné du fameux "craquement". C'est la manipulation vertébrale qui va au-delà des limites du jeu articulaire volontaire et habituel, sans pour autant en dépasser les limites anatomiques !

La subtilité même de ces descriptions montre qu'en réalité entre mobilisation en en rotation et manipulation vertébrale, il n'y a que l'arrêt ou la continuation d'un geste.

Nous pensons, avec J. POULETTY, que cette limite trop floue des compétences mérite d'être revue et doit être corrigée, sans doute dans un sens restrictif.

CONCLUSIONS

- Le propre des techniques nouvelles de diagnostic ou de traitement est, lorsque leur utilité ou leur efficacité est démontrée, lorsqu'elles ont une apparente facilité d'exécution, de quitter le domaine exclusif des spécialités pour passer dans la pratique médicale courante. Les techniques rhumatologiques n'échappent pas à cette règle. C'est tout particulièrement le cas des injections intra-articulaires.

- L'évolution démographique et les systèmes d'assurances sociales ont augmenté le nombre des patients traités, et par conséquent le nombre de ceux qui peuvent se plaindre. La vulgarisation des notions médicales par les moyens d'information portant à la connaissance du public des faits mal interprétés, le développement de la notion de "droit à la santé" se substituant volontiers à celle de "droit aux soins" sont des facteurs évidents de l'augmentation du nombre des affaires de responsabilité médicale : la pratique rhumatologique en apporte une illustration typique.

- La généralisation de l'assurance privée des praticiens est un élément tentant pour les revendicateurs, et son intervention rapide est tentante pour le praticien qui souhaite au plus vite retrouver une quiétude d'esprit troublée par une revendication avec les conséquences professionnelles qu'elle implique.

- La science médicale évolue et le médecin se lance, et c'est heureux, dans des techniques, des thérapeutiques de plus en plus précises, délicates, difficiles, voire dangereuses mais efficaces. Les risques augmentent et avec eux les possibilités de réclamation et de procès...

- L'obligation de moyens qui s'impose au médecin lui fait un devoir de traiter ses malades selon les données actuelles de la science médicale, de se tenir informé, d'apprendre de nouvelles techniques, et de les appliquer.

On sait que les dangers n'apparaissent souvent qu'au prix d'une longue application pratique. La date des faits reprochés à un praticien ne devra jamais être absente dans les rapports d'expertise qui les étudieront ultérieurement.

- L'étude de 61 dossiers rhumatologiques fait apparaître que la responsabilité du praticien est retenue plus souvent par transaction amiable que par procédure judiciaire, moins en raison d'une faute caractérisée qu'en raison de l'impossibilité matérielle d'affirmer l'absence de faute. Les dossiers médicaux sont incomplets.

- La prévention des accidents de pratique rhumatologique réside essentiellement :

- . dans une définition rigoureuse des indications et des contre-indications;
- . dans une parfaite technicité;
- . dans l'information du malade;
- . dans la surveillance ultérieure.

- La prévention des actions en responsabilité contre les médecins réside :

- . dans l'établissement soigneux du dossier de chaque malade;
- . le dépôt au dossier des examens complémentaires précédant, accompagnant et suivant les actes pratiqués;
- . le compte-rendu succinct de la technique utilisée pour un acte donné, pour un malade donné.

- Toutes ces précautions, souvent incompatibles avec les conditions actuelles de l'exercice de la médecine, supposent une revalorisation matérielle et morale de l'acte médical, et cette nécessité ne dépend pas que des médecins eux-mêmes. Aussi, les experts éventuels se doivent de tenir le plus grand compte de toutes les conditions dans lesquelles un acte litigieux a été pratiqué.

- Enfin, il ne faudrait pas que la notion de responsabilité professionnelle devienne une obsession capable de freiner les indispensables progrès techniques, ni que la notion de responsabilité sans faute se développe au point de transformer le corps médical en compagnie d'assureurs sur la vie de la nation entière.

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur G. BOUDIN

Professeur CASTAIGNE

Vu et Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ALBERT M.L., SCHRIDT-WITTKAMPS. -

The preliminary survey.

The choice of contrast medium and the rate of complications in myelography.

Dtsch. Med. Wschr. 1968. 93 n° 33. pp. 1.543-1.547.

ARCADIO F., GACON G., ROCHE L. -

Les complications neurologiques sévères après méthiodal. Considérations médico-légales.

Conc. Méd. 1968. 90. n° 17. pp. 3.599-3.602.

BETTAG W. -

Fatal complications after abrodil (Methiodal) myelographies and peridurographies.

Acta. Neurochir. 1968. 19. (1-2) pp. 110.

BOUDIN G. et BARBIZET J. -

Entretiens de Bichat.

Médecine. 1958. pp. 355-356.

Exp. Ed.

BOUDIN G., BARBIZET J., PEPIN B. et FOVET P.

Syndrome grave du tronc cérébral après manipulations cervicales.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôp. de Paris
1957. p. 562.

CALONI M. -

Les injections intra-articulaires de dérivés cortisoniques.

Conc. Méd. 1969. 91. n° 16. pp. 3.407-3.411.

CAZAC G. -

Plaider ou transiger ?

COLINET E. et Al. -

Accidents et incidents des injections locales de corticostéroïdes.
J. Belge Rhumatol. Méd. Phys. 1966. 21. n° 2. pp. 99-102.

DELBARRE F. -

La synoviorthèse (définition, buts, moyens).
Rev. Rhum. 1970. 35 - n° 1/2 pp. 2-5.

DE SEZE S., KAHN M.F., THIERRY-MIEG. J., RENOULT Cl. -

Les accidents des manipulations vertébrales.
Act. Rhum. 1966. L'Expansion. Ed. pp. 217-225.

DJINDJIAN R. -

Les accidents neurologiques après saccoradiculographie au méthiodal.
Conc. Méd. 1965. 87. n° 27. pp. 4.565.

FOURNIER A. et Al. -

Incidences de la technique sur les complications possibles de l'arthrographie du genou. (A propos de 664 cas).
J. Radiol. Electr. 1960 - 41 (6-7) pp. 358-359.

GROSSIORD A. -

Les accidents neurologiques des manipulations cervicales.
In Annales de Médecine Physique 1966. Tome IX n° 3, pp. 283-297.

HELD J.P. -

Pièges et dangers des manipulations cervicales en neurologie.
In Annales de Médecine Physique 1966. Tome IX. n° 3 pp. 251-259.

LABRAM C. -

Les complications des manipulations du rachis cervical.
Conc. Méd. 1968-90 - n° 4. pp. 665-668.

LECUIRE J. et Coll. -

Les accidents du Méthiodal. Limites et contre-indications de la méthode.
J. Med. Lyon. 1966. 47. (1.106) pp. 1.307-1.309.

LEFEVRE M. -

"La responsabilité médicale en rhumatologie". Mémoire pour le diplôme d'étude médicale relative à la réparation juridique du dommage corporel.
Paris 1969-1970. 67 pp. dactyl.

LEIGH TAYLOR. -

Settle or defend ?
Archives Medical. Defence Union (G.B.)/Sou Medical (F.).

LEVERNIEUX J., CAYLA G., JURMAND S.H. -

In Technique images/accidents.
In "l'actualité rhumatologique 1965-1966, présentée au praticien"
de DE SEZE S., et Al.
Ed. l'Expansion. Paris 1965. pp. 263-271.

LOUYOT P. -

Indications, contre-indications et accidents des manipulations vertébrales.
Ann. Méd. Nancy. 1967. 6. pp. 1.327-1.342.

LOUYOT P. -

Les contre-indications et les échecs de la médecine physique.
Ann. Méd. Nancy. 1968. 7. pp. 1.183-1.202.

LOUYOT P., GAUCHER A. -

Les échecs de la médecine physique en rhumatologie.
Rev. Rhum. 1968. 35-9 pp. 450-457.

MAIGNE R. -

Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations
1 vol. 481 pp. 1968. Exp. Scient. Ed.

MATHIEU S. et Al. -

Résultats de la rachi-analgésie à la xylocaïne lourde à 5 % pour la
radiculographie au Méthiodal sodique (à propos de 140 cas).
Ann. Radiol. 1967. 10. (1-2) pp. 73-75.

MOAZZEZI H. -

Pièges et dangers des manipulations du rachis cervical.
Thèse Univ. Toulouse. Méd. 1966, n° 226. 59 pp.

NICK J. -

Incidents et accidents neurologiques dus aux manipulations cervicales (à propos de trois observations).
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris. 1967. 118-5 pp. 435-440.

PETIT F. -

Etude de la sacco-radiculographie au Méthiodal chez 100 malades hospitalisés pour lombalgies lombo-sciatiques et neuralgies crurales.
Thèse Méd. 1969. Lyon. n° 58. 153 pp. Anal. dans : Lyon Méd. 1969, 222. (30), 180.

PIGUET B., VERSPYCK R., et COSTE F. -

Les accidents neurologiques à type radiculaire de syndrome de la queue de cheval après saco-radiculographie au méthiodal.
Rev. Rhum. 1964. 31. n° 5. pp. 2 à 176. (nombreuses références bibliographiques).

POULETTY J. -

Docteur, faites un miracle.
Conc. Méd. 1966-88. n° 20. pp. 3.545-3.548.

POULETTY J. -

Manipuler avec Précaution.
Conc. Méd. 1967. 89. n° 38. pp. 5.939-5.942.

POULETTY J. -

Pas de chèque en blanc pour le masseur kinésithérapeute-rééducateur.
Conc. Méd. 1968. 90. n° 26. pp. 5.055-5.056.

POULETTY J. -

Responsabilité du médecin et injections intra-articulaires.
Conc. Méd. 1969. 91. n° 16. pp. 3.412-3.413.

RAGEOT E. -

Les accidents et incidents des manipulations vertébrales.
CAH. Coll. Méd. Hôp. Paris 1962. 9 - 11. pp. 1.149-1.154.

RAVAULT P.P. -

Les arthrites suppurées par injection locale de corticoïdes.
Rev. Prat. 1963. 13. pp. 3.733-3.743.

RIEUNAU G. -

Pièges et dangers des manipulations vertébrales en orthopédie.
In Annales de Médecine Physique 1966. Tome IX. n° 3. pp. 260-268.

SERRE H., SIMON L. -

Dangers des manipulations vertébrales.
Rev. Rhum. 1968. 35. n° 9. pp. 445-449.

SIMON L. -

Pièges et dangers des manipulations cervicales en rhumatologie.
In Annales de Médecine Physique 1966. Tome IX. n° 3. pp. 272-281.

THIERRY-MIEG J. -

Indications et limites des manipulations vertébrales.
Conc. Méd. 1967 - 89 - n° 38. pp. 5.947-5.951.

THIERRY-MIEG J. -

Techniques des manipulations vertébrales utilisées dans le traitement des cruralgies discales.

Indications, contre-indications et accidents.

Sem. Ther. 1967 - 43 - 6-7. pp. 401-405.

Delayed. Chloroquine retinopathy.

Complications oculaires retardées au cours du traitement par les anti-malariques.

Surveillance régulière pendant plusieurs années après arrêt du traitement.

Brit. Med. J. 1967. 1, 254.

Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux.

Méd. des Hôp. Publics. 1967. Tome IV. n° 6. pp. 285-286.

Pièges et dangers des manipulations vertébrales.

E.M.C. Appareil loco-moteur. 1967. 38. (50/1) pp. 159.991. 0 - 10.

Remplacement du Méthiodal par le Contrix "28" pour la radiculographie lombosacrée.

Presse Méd. 1968. 76. (50). pp. 2.398.

Table ronde sur la responsabilité médicale.

Conc. Méd. 1970 - 92. n° 26. pp. 5.927-5.946.

